Königsberger Universitäts-Frauenklinik.

Stanford University Library NOV 16 1904

Über Extrauteringravidität.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Fritz Salecker,
Arzt.

Promotion: Dienstag den 5. Januar 1904, 12 Uhr.

Königsberg i. Pr.
Emil Rautenbergs Verlagsbuchdruckerei.
1903.

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Kgl. Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.
Referent: Prof. Dr. Winter.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Trotz des grossen Materials, das in letzter Zeit für die Diagnose der Extrauteringravidität beigebracht ist, sind die Meinungen über die Verwertbarkeit der einzelnen Symptome und objektiven Zeichen sehr geteilt. Es kommen bei der Diagnosenstellung von anamnestischen Angaben die eingetretene Schwangerschaftsamenorrhoe, Schmerzanfälle und Blutungen, einige subjektive Schwangerschaftszeichen und Deciduaabgang in Betracht. Der Untersuchungsbefund gibt uns als Anhaltspunkte für die genannte Diagnose Schwangerschaftsveränderungen an den Genitalien, Ausfluss von Blut aus der Vagina, Veränderungen an den Brüsten und Veränderungen der Tuben. Ich will in der vorliegenden Arbeit der Reihe nach diese einzelnen Punkte durchgehen und die Erfahrungen an der hiesigen Klinik verwerten. Etwas näher will ich auf die Differentialdiagnose zwischen Tubenabort und Tubenruptur, und zwischen lebender oder toter Frucht eingehen, die ja für die einzuschlagende Therapie von gewisser Bedeutung ist. Zum Schlusse will ich kurz auseinandersetzen, nach welchen Grundsätzen an der hiesigen Klinik die einzelnen Formen der Extrauteringravidität behandelt wurden. Das Material der Klinik, das Herr Prof. Winter mir gütigst zur Verfügung gestellt hat, stammt aus der Zeit vom 1. Oktober 1897

bis 1. April 1903 und besteht aus 83 Fällen, in denen 45mal operativ, 38mal konservativ vorgegangen wurde.

Mit der Untersuchung der durch die Operationen gewonnenen Präparate habe ich mich nur insoweit befasst, als es für die Diagnose von Wichtigkeit war. Ich will mich daher mit der Anatomie und Aetiologie der Extrauteringravidität in der vorliegenden Arbeit gar nicht beschäftigen, sondern mich gleich den Symptomen dieser Erkrankung zuwenden.

Anamnese.

Wichtige Anhaltspunkte finden wir in fast allen Anamnesen dieser Fälle. Zuerst stösst uns ein Symptom auf, das nicht so sehr speziell für Extrauteringravidität, als für Gravidität überhaupt von Bedeutung ist, die kürzere oder längere Zeit vorher eingetretene Amenorrhoe. Von einigen Autoren, u. a. von v. Braun-Fernwald, wird dieses Symptom als recht unzuverlässig angesehen. Martin beobachtete unter 77 Fällen in 25 Fällen, Franz unter 70 Fällen 24mal Fortbestehen der Periode. An der Schauta'schen Klinik war unter 81 Fällen von Tubenabort 24mal und unter 18 Fällen von Tubenruptur 2mal die Periode nicht ausgeblieben. Nach Winters Erfahrungen ist die Schwangerschaftsamenorrhoe mit Ausnahme einer kleinen Anzahl von Fällen regelmässig vorhanden gewesen. Ein Teil der Fälle, in denen die Periode fortbestand, lässt sich so erklären, dass eben die Ruptur oder der Abort zurzeit der erwarteten Periode, bezw. ganz kurze Zeit vor oder nach diesem Termin eintrat. Ja, nach Wormsers und Aschoffs Ansicht scheint gerade der erste menstruelle Afflux nach tubarer Eieinnistung häufig das ursächliche Moment für den Eintritt des Aborts oder der Ruptur zu sein. Auch nach Olshausens Erfahrungen sind die Fälle,

in denen die Periode fortbesteht, nicht so ganz selten. Es ist diese Abweichung von der Norm jedoch nicht so verwunderlich, da sie ja auch bei intrauteriner Gravidität zuweilen noch nach der Conception das nächste oder auch das zweite Mal, sei es in normaler oder veränderter Stärke und Dauer, eintritt.

An der hiesigen Klinik ist bei den unten angeführten 83 Fällen 67mal Graviditätsamenorrhoe mit Bestimmtheit nachgewiesen worden. In sieben Fällen trat die Abortblutung vor dem Termin der erwarteten Periode, in zwei Fällen ungefähr an dem genannten Termin ein. Nur in drei Fällen ist die Periode während des Bestehens der Gravidität unzweifelhaft im nächsten Termin eingetroffen. In vier Fällen ist aus der Anamnese das Verhalten der Menstruation nicht mit genügender Sicherheit zu erkennen.

Auch andere subjektive Graviditätssymptome werden von den Patientinnen genannt und können zum Aufbau der Diagnose Verwendung finden. In einer Reihe meiner Fälle findet sich die Angabe, dass die betreffende Patientin sich schwanger gefühlt habe, andere klagten über häufiges Erbrechen und Unwohlsein am Morgen, wenige hatten die Beobachtung gemacht, dass die Brüste stärker wurden.

Typischer sind die anamnestischen Angaben über die eingetretenen Schmerzanfälle und Blutungen. In welcher Beziehung diese zur Differentialdiagnose der lebenden und der toten Frucht und zu der zwischen Tubenabort und Ruptur stehen, darauf will ich an anderer Stelle eingehen. Hier soll es nur ein Symptom der Tubargravidität überhaupt sein. Zwar treten Blutungen wie Schmerzen nur bei Störungen im Verlauf der tubaren Schwangerschaft auf, aber auch nur dann eben macht sie ja Erscheinungen und veranlasst die Kranken, einen Arzt aufzusuchen. Wohl

nur ausnahmsweise, und dann meist als Nebenbefund neben anderen Erkrankungen, wird eine vollständig intakte Tubargravidität gefunden werden.

Nach Wormsers Ansicht sind die »krampfartigen« Schmerzen bei Extrauteringravidität konstant; ein Fehlen derselben soll entschieden gegen diese Diagnose sprechen. Auch bei unseren Kranken war dieses Symptom in den meisten Fällen nachzuweisen. Nur in zwei Fällen (Fall 48 und 67) ist das Auftreten von Schmerzanfällen mit Bestimmtheit auszuschliessen, da bei der Aufnahme der Anamnese in der hiesigen Klinik auf diesen Punkt grosses Gewicht gelegt wurde, und doch lag in beiden Fällen sichere Extrauteringravidität vor. In den Fällen 27, 72 und 83 sind vorausgegangene Schmerzanfälle mindestens zweifelhaft.

Fall 27. Anamnese: . . . . Drei Tage nach Aufhören der letzten Periode trat eine 14tägige Blutung mit geringen Schmerzen auf. . . . .

Fall 72. Anamnese: . . . . Seither ist die Menstruation sehr unregelmässig, $1^1/_2$, 2—3 Monate aussetzend. Die Blutmenge wechselt sehr; starke Schmerzen im Kreuz. Wenn die Periode aufgehört hatte, traten Schmerzen und Stechen im ganzen Körper auf. Letzte Menses vor drei Monaten, sehr schwach. Stuhlgang und Wasserlassen regelmässig, jedoch mit Schmerzen verbunden.

Fall 83. Anamnese: . . . . In den ersten Tagen des Januar trat nach sechswöchentlicher Amenorrhoe unter leichten Unterleibsschmerzen bei häuslicher Arbeit eine schwache Blutung ein, die bis heute besteht. Starke Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen hat Patientin nie gehabt.

Die Anzahl der Schmerzattacken war eine sehr verschiedene. Einmalig auftretende Schmerzanfälle fand ich in 17 Fällen, 2malige 9mal, 3malige 6mal u. s. w. Es

waren bis sechs und sogar neun heftige Attacken nachweisbar. In einigen Fällen mit ungenauerer Angabe scheint die Zahl noch höher gewesen zu sein. 30mal waren die Schmerzen in der rechten oder linken Unterleibsseite lokalisiert, 10mal wurden sie im ganzen Unterleib empfunden. In 40 Fällen lässt sich die Lokalisation aus der Anamnese nicht bestimmen. Mehrmals traten nach einer oder einigen Attacken diffuse und andauernde Leibschmerzen auf.

Wie diese Schmerzen zustande kommen, darüber sind die Meinungen noch sehr geteilt. Winter sieht als die Ursache der Schmerzen Blutungen an, die in das Lumen der Tube oder in die Bauchhöhle hinein erfolgen. Desgleichen will Küstner die periodischen Schmerzanfälle nicht als Kontraktionen der Tube, sondern als eine durch die Überdehnung der Tube hervorgerufene peritonitische Reizung deuten. Auch v. Both spricht sich gegen die Annahme von Tubenwehen aus. Vielmehr glaubt er mit Martin, dass die auftretenden Uteruskontraktionen auf das stets entzündliche Peritoneum einwirken und so periodisch peritoneale Schmerzen hervorrufen. Nach ihm sind die angeblich von einigen Autoren durch Palpation festgestellten Tubenwehen nicht Kontraktionen des tubaren Fruchtsackes, sondern durch Kontraktionen der Bauchmuskulatur vorgetäuschte Wehen. Dagegen behauptet v. Strauch in einem Falle von ektopischer Schwangerschaft im fünften Monat mit Bestimmtheit Tubenwehen palpiert zu haben. An einem Präparat beweist auch Thorn, dass in einem seiner Fälle Tubenwehen, die das Ovolum herausbefördert haben, nachweisbar waren. Fehling ist der Ansicht, dass in manchen Fällen im Beginn der Tubargravidität wohl Tubenwehen möglich wären, nicht aber im weiteren Verlauf bei der starken Dehnung und

Verdünnung der Tubenwandung. Viel plausibler erscheint ihm die Erklärung, dass die anfallsweise wehenartig auftretenden Schmerzen auf Kontraktionen des durch Adhäsionen in der Beweglichkeit behinderten Darmes beruhen.

Als zweites Symptom der gestörten Extrauteringravidität finden wir uterine Blutungen von längerer oder kürzerer Dauer. Doch kann auch Ruptur oder Abort eintreten, ohne dass sich eine uterine Blutung einstellt. Ist die Blutung vorhanden, so kann man ihre Stärke zur Differentialdiagnose zwischen Tubargravidität und uterinem Abort heranziehen, da sie bei ersterer meist schwach, jedenfalls nie so heftig wie bei letzterer ist. Unter unseren 83 Fällen wurde 69mal eine Blutung beobachtet, deren Dauer von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten betrug, teilweise von Intervallen von verschiedener Länge unterbrochen. Die Stärke der Blutung wurde in 30 Fällen als Periodenstärke oder als leicht, 12mal als mässig, 10mal als stark bezw. sehr stark angegeben. In 17 Fällen ist die Stärke zweifelhaft. Abgang von Blutkoagula wurde 6mal beobachtet. Nach Abgang einer Decidua stand die Blutung sofort oder nach kurzer Zeit in 16 Fällen und wurde 2mal schwächer. In 12 derartigen Fällen ist das Verhalten der Blutung unsicher; 10mal bestand sie unverändert weiter oder trat nach einigen Tagen wieder von neuem auf.

Woher diese Blutungen aus der Scheide bei Störungen in der Entwickelung der Extrauteringravidität stammen, ist noch eine strittige Frage. Nach Wormser stammen sie wohl zum grössten Teil aus der zu einer Decidua umgewandelten Uterusinnenfläche, da nach Ausstossung der Decidua meist die Blutung steht. Es ist aber auch möglich, dass aus der Tube Blut in den Uterus nach Lösung des Eies oder als Mitbeteiligung der Tube an der

Menstruation tritt und dann als uterine Blutung erscheint. Er selbst hat zwei Präparate untersucht, bei denen in dem unveränderten uterinen Teil der Tube flüssiges Blut bezw. ein Blutkoagulum vorhanden war. Eine ähnliche Beobachtung hat Winter bei einer Operation gemacht, während der aus dem Lumen des uterinen Tubenstumpfes altes Blut abfloss. Diese Behauptung bestreitet Fehling, der bei 42 Laparotomierten besonders auf diesen Punkt geachtet und stets das uterine Ende der Tube fest kontrahiert und leer gefunden hat. Er führt die unregelmässigen lang dauernden Blutungen auf Endometritis post abortum zurück, wie es ja auch bei Endometritis post abortum uterinum häufig noch lange Zeit weiterblutet.

Was das Verhältnis der uterinen Blutungen zu den Schmerzattacken betrifft, so hält Martin nur dann die Blutungen für ein Symptom der Unterbrechung der tubaren Schwangerschaft, wenn die Blutungen von Schmerzanfällen begleitet werden. Wir haben in 38 Fällen ein gleichzeitiges Eintreten der Schmerzattacken finden können; 11mal trat die Blutung sicher schon vor dem ersten Schmerzanfall auf. In den übrigen Fällen lässt sich eine Abhängigkeit beider Symptome von einander nicht konstatieren. Von den eben genannten 38 Fällen traten 14mal Blutungen nur während oder ganz kurz nach der betreffenden Schmerzattacke auf, in den anderen Fällen unregelmässig, andauernd oder auch nach der letzten Attacke weiterdauernd.

Ein weniger sicheres Symptom, das uns schon zum Abschnitt »Befund« hinüberführt, ist der Abgang einer Decidua. Durch den Einfluss der Schwangerschaftsfluxion bildet sich immer eine Decidua, die nach Winter in mindestens $^2/_3$ aller Fälle ausgestossen wird. Martin hat in der überwiegenden Mehrzahl seiner Fälle einen Decidua-

abgang nicht nachweisen können, ist aber auch der Ansicht, dass sich immer eine Decidua bildet, häufig aber durch kapilläre Blutungen in der Decidua selbst zertrümmert und in kleinen Fetzen von der Patientin unbemerkt ausgestossen wird. Unter 40 Fällen fand Wormser 32mal keine Angaben über einen stattgefundenen Deciduaabgang, 6mal wurde der Abgang »weisslicher Fetzen« und nur 2mal »einer grossen grauweissen Haut« beobachtet. Winkel hat die Erfahrung gemacht, dass in mindestens $^2/_3$ aller Fälle schon innerhalb der ersten Monate, und zwar nicht nur bei Fruchttod, sondern auch bei weiterlebender Frucht eine Decidua abgeht.

In unseren vorliegenden Fällen ist anamnestisch nur 36mal ein Deciduaabgang nachweisbar; in 7 Fällen trat er während des Aufenthaltes in der Klinik ein und konnte davon noch in 5 Fällen zur Sicherung der Diagnose Verwendung finden. Von dem in der Anamnese angegebenen Deciduaabgang lautete 28mal die Bezeichnung der Decidua »Hautstück«, »rötliche oder rötlichgraue Haut«, »faserige Haut« usw. mit irgend welchen Massbestimmungen, 6mal »fleischartiges Stück« usw.; in zwei Fällen fand sich in der Krankengeschichte der Ausdruck »Decidua« vor.

Die von einer Seite angeregte Probe-Ausschabung des Uterus, um in der regelmässig gebildeten Decidua einen diagnostischen Anhaltspunkt für Extrauterinschwangerschaft zu haben, wird von den meisten Autoren widerraten, da die Gefahr besteht, dass durch die bei der Ausschabung hervorgerufenen Wehen des Uterus, die sich auf die Tube fortpflanzen, oder auch durch die mit dem Curettement verbundene Dislokation des Uterus der Fruchtsack oder eventuell vorhandene Haematocelen rupturiert werden.

Befund.

Wir kommen jetzt zu den diagnostischen Merkmalen aus dem Befund. Als Zeichen der Gravidität finden wir eine Reihe von Veränderungen an den Genitalien, als da sind Blauverfärbung der Schleimhaut des Introitus und der Vagina, Auflockerung der Vagina und der Portio, Auflockerung und Vergrösserung des Uterus. Dass wir nicht häufig diese Veränderungen finden werden, geht aus der Tatsache hervor, dass ja nach dem Absterben der Frucht die Schwangerschaftszeichen sich bald zurückbilden; dann aber ist die Auflockerung der Portio auch bei früher uteriner Gravidität in vielen Fällen nicht ausgesprochen vorhanden So habe ich denn auch in unseren 83 Fällen nur 5mal eine Blauverfärbung der Schleimhaut der Vulva und der Vagina, 17mal eine Auflockerung der Vagina und der Portio vermerkt gefunden. In 20 Fällen war der Uterus vergrössert und weicher als normal. — Ein ebenso unsicheres Zeichen ist die bei uns nur in 7 Fällen beobachtete Pulsation der Scheidenarterien. Es ist möglich, dass in unserer Klinik auf dieses Symptom weniger Gewicht gelegt worden ist. Hofmeier hat in den einzigen drei Fällen, in denen eine intakte Tubargravidität vorlag, diese Erscheinung auffallend ausgeprägt gefunden. Unsicher erscheint mir aber dieses Symptom auch, weil es auch bei anderen, entzündlichen Adnexerkrankungen vorkommt; nach Taylor soll es jedoch bei letzteren niemals so deutlich sein wie bei tubarer Gravidität. — Eine vaginale Blutung während der Untersuchung oder blutig verfärbtes Sekret in der Vagina fand sich in 18 Fällen als Beweis für die in der Anamnese angegebene Blutung.

Eine Veränderung der Brustdrüsen wird von den meisten Autoren als ein sehr unsicheres Zeichen angesehen

Bei unseren Kranken wurde eine Schwellung der Brustdrüsen oder Colostrumabsonderung 18mal notiert.

Von grossem Wert ist der Nachweis von Veränderungen an den Tuben und von dem eventuellen Vorhandensein von Haematocelen. Bei intakter Tubargravidität finden wir eine spindelförmige Auftreibung der Tube, je nach dem Sitz des Eies mehr dem uterinen oder dem abdominellen Ende genähert. Bei Unterbrechungen der Tubarschwangerschaft sind in den meisten Fällen Haematocelenbildungen vorhanden, und zwar entweder peritubare oder retrouterine. Wir haben 45mal retrouterine und 31mal peritubare Haematocelen gefunden. Ein Tumor der Tube selbst, sei es dass er aus retinierten Eiresten oder aus Blut bestand, wurde 18mal beobachtet. Zuweilen findet man auch neben einer Haematocele retrouterina noch eine zweite, die sich um die Tube herumgebildet hat. In vielen Fällen, besonders in denen von Tubenabort, sitzt die Haematocele peritubaria am abdominellen Ende der Tube, das sich allmählich erweiternd in den Tumor übergeht. Die Haematocelen stellen Tumoren von meist rundlicher Gestalt und cystischer Consistenz dar. Ihre Grösse schwankt zwischen Taubenei- und Mannskopfgrösse; ja in einigen Fällen ist ihre obere Grenze in Nabelhöhe angegeben

Fehldiagnosen.

Trotz der vielen Anhaltspunkte in Anamnese und Status werden doch sehr häufig Extrauterinschwangerschaften verkannt oder diagnosticiert, wo sie gar nicht vorhanden sind. Einmal mangelt es vielen Patienten niederer Stände an der Intelligenz, die bisher eingetretenen Krankheitssymptome präcise genug anzugeben, dann aber werden die einen oder die anderen Symptome auch zuweilen durch andere Erkrankungen so verdeckt, dass sie nicht zur Gel-

tung kommen oder falsch gedeutet werden. Ich möchte hier die betreffenden Fälle aus unserer Klinik anführen, von denen Fall 27 und Fall 58 von Herrn Prof. Winter infolge Abwesenheit von Königsberg nicht untersucht worden sind.

Fall 27. A. W., Uhrmacherfrau, 39 Jahre. Anamnese: Patientin hat 5 Geburten und 2 Aborte durchgemacht. L. M. 17. IX. 99. Drei Tage nach Aufhören der letzten Periode will Patientin geblutet haben. Morgens war der Ausfluss dunkelrot, am Tage fleischfarben. Die Blutung bestand 14 Tage bei leichten Schmerzen. Darauf Untersuchung, Curettage und Cauterisation von Erosionen der Portio im Krankenhaus. Nach der Curettage ist die Blutung auch bei Bettruhe stärker als zuvor. Pat. will in letzter Zeit stark abgemagert sein und auf der Fahrt nach der Klinik zwei Ohnmachtsanfälle gehabt haben.

Status: d. I. X. 99. Uterus ist retrovertiert, nicht deutlich abgrenzbar. Linkes Parametrium weich, eindrückbar. Das rechte Parametrium erscheint straffer und verkürzt. An den Adnexen ist nichts Besonderes.

Ein probexcidiertes Stück wurde von dem pathologischen Institut für Adenosarkoma uteri erklärt und die Operation vorgenommen, bei der eine Haematocele im Douglas und die rechte bis zu Fingerdicke von Blutmassen aufgetriebene Tube gefunden wurde.

Fall 48. Dienstmädchen A. H., 27 J. Anamnese: 12. VI. 01. 0 para; vor 4 Jahren nach Anstrengung ein Abort im 5. Monat. Letzte Menstruation vor 14 Tagen. Seit 6 Wochen erschwerte Urinentleerung. Am 10. und 11. VI. musste Patientin katheterisiert werden. Seit 4 Wochen erschwerter und mit Schmerzen verbundener Stuhlgang.

Status: Dilatatio cordis; systolisches Blasen über allen Ostien. Uterus eleviert. Im Douglas liegt ein cystischer

unbeweglicher Tumor, der links bis an die Beckenwand herangeht. Von aussen fühlt man ihn links oberhalb des horizontalen Schambeinastes in Ausdehnung von drei Querfingern. Links geht vom Uterus ein Strang zum Tumor.

Operation: Laparotomie. Der Tumor besteht aus der dilatierten, bräunlich gefärbten linken Tube, dem verdickten rechten Ovarium und einer Haematocele im Douglas. Abtragen. . . . . .

Da in der Anamnese weder Graviditätsamenorrhoe angegeben war, noch Blutungen, Schmerzattacken oder andere Symptome zu eruieren waren, so wurde der oben beschriebene Tumor, wie aus einer Bemerkung in dem klinischen Journal zu ersehen ist, für eine Neubildung angesehen und die Operation vorgenommen, die die genannten Verhältnisse und damit die richtige Diagnose ergab.

Fall 58. H. F., Arbeitersfrau, 33 Jahre. Anamnese: 15. VIII. 01: I para. Vor 11 Jahren ein Abort. Im vorigen Jahre wurde in der Königsberger Frauenklinik die Colporhaphie und Alexander-Adams gemacht. L. M. im Mai 01. Seit dem 11. Juni bestehen ziehende Schmerzen im linken Unterleib. Am 12. VIII. Abgang von wenig Blut, eine Hebamme machte Tamponade. Am 13. VIII. lag auf der Tamponade ein handtellergrosses Hautstück. Am 15. VIII. begab sich Patientin, die glaubte, sie abortiere, in unsere Klinik. Auf der Fahrt starke Schmerzen im Unterleib.

Status, in der Poliklinik aufgenommen: Ziemlich beträchtlich Anaemie. Abdomen aufgetrieben und druckempfindlich. Es liegt ein haselnussgrosses Stück Fleisch in der Vagina, das für einen Eiteil angesehen wird. Der Uterus erscheint etwas vergrössert. Cervix für einen Finger durchgängig. Da Abort mit beginnender Peritonitis

angenommen wird, wird der Uterus ausgetastet und für leer befunden.

Verlauf: Im Laufe des Tages wurde die Anaemie beträchtlicher, obwohl keine Blutung nach aussen stattfand. Rektale Untersuchung ergab Druckempfindlichkeit des Douglas.

Die Anamnese und der Status waren in diesem Falle so wenig typisch, dass erst die beobachtete Zunahme der Anaemie zur richtigen Diagnose führen konnte Es wurde dann auch noch am selben Abend die Laparotomie vorgenommen, leider ohne die Patientin, die an Peritonitis erkrankt war, retten zu können.

Aber zuweilen kommt auch, wie schon oben gesagt, der umgekehrte Fall vor, — dass die Diagnose »Extrauteringravidität« lautet, und die Operation ein ganz anderes Resultat ergibt. Während seiner hiesigen Tätigkeit hat Herr Professor Winter in zwei Fällen eine derartige falsche Diagnose aus Anamnese und Status stellen müssen, deren Krankengeschichten ich hier wiedergeben möchte.

Fall A. E. L. Tapezierersfrau, 26 J. Anamnese: 3. XII. 02. 0. para. Letzte Menses Anfang Oktober. Am 1. XI. trat eine Blutung mit Schmerzen im Kreuz und in der linken Unterleibsseite ein. Die Schmerzen traten meist gegen Abend auf und waren fast stets von Blutungen begleitet; sie setzten ruckweise ein und dauerten jedesmal ca. eine Stunde. Die Blutung war anfangs schwach, später stärker. Seit dem 1. XII. nur geringer Blutabgang, keine starken Schmerzanfälle mehr. Urin- und Stuhlbeschwerden bestanden nicht.

Status: Introitus und Scheide mässig weit; keine Auflockerung. Die Portio steht etwas links und hinter der Führungslinie. Der Uterus ist klein, etwas retroponiert, dextrovertiert. Im hinteren Scheidengewölbe einige span-

nende Stränge. Links vom Uterus liegt ein ca. hühnereigrosser Tumor von glatter Oberfläche, cystischer Consistenz, der in toto gut beweglich ist und der sich strangartig nach dem linken Uterushorn hin, allmählich dünner werdend, verfolgen lässt. Rechte Adnexe nicht genau palpabel.

Narkosenuntersuchung 5. XII.: Der Uterus liegt normal und ist nicht vergrössert. Rechte Adnexe normal. Links liegt ein ovaler, schwach hühnereigrosser Tumor: Oberfläche desselben glatt mit einer Einziehung. Der Tumor geht nicht bis ganz an den Uterus heran, ist aber mit demselben durch einen Strang verbunden, Consistenz festweich. In den Mammae kein Sekret.

Auf die in der Anamnese angegebenen Schmerzattacken und Blutungen und auf den Status hin wurde die Diagnose auf »Graviditas tubaria sinistra« gestellt und die Laparotomie gemacht, welche ergab, dass es sich nicht um eine Tubenschwangerschaft, sondern um ein cystisches Ovarium und eine entzündlich verdickte Tube handelte. Wie die angegebenen Schmerzanfälle und Blutungen zu erklären sind, blieb unentschieden.

Fall B. M. B. Regimentsschneidersfrau, 23 Jahre alt. Anamnese: 26. II. 03. I para. Letzte Menses vom 20.—27. I. 03. Am 3. II setzte eine 13tägige unregelmässige Blutung von Periodenstärke, begleitet von reissenden Schmerzen in der rechten Unterleibsseite ein. Der Blutungen wegen kommt Patientin in die Klinik.

Status: Introitus und Vagina weit. Die Portio steht etwas tief vor der Führungslinie. Uterus retroflektiert, nicht aufrichtbar. Links vom Uterus liegt ein ca. hühnereigrosser runder wenig beweglicher, mässig empfindlicher Tumor von fester Consistenz.

Narkosenuntersuchung vom 3. III. 03: Portio vorne. Uterus retrovertiert. Links von ihm ist ein hühnerei-

grosser länglicher Tumor zu fühlen, der mässig beweglich ist; Consistenz ziemlich fest. Keine deutliche Verbindung mit dem Uterus. Diagnose: Tubargravidität.

Auch in diesem Falle täuschten Befund und Anamnese eine Tubarschwangerschaft vor, während die vorgenommene Operation eine Auftreibung der Tube ergab, aus der durch einen beim Lösen von Adhäsionen entstandenen Riss statt des Foetus oder des Blutes Eiter entleert wurde.

Wir sehen also, dass beide Arten von Fehldiagnosen selbst bei der genauen Untersuchung und Beobachtung nicht auszuschliessen sind. Wieviel Fehldiagnosen noch heute in der Praxis gestellt werden, wo doch die Verhältnisse, was Beobachtung und Untersuchung anbetrifft, ungleich ungünstiger liegen, davon kann man sich kaum ein ungefähres Bild machen. Tatsache ist es jedenfalls, dass man die Extrauteringravidität heute nicht mehr, wie vor wenig Jahren, als seltene Erkrankung ansieht, eine Tatsache, die sicher nicht in dem Häufigerwerden der Erkrankung, sondern in der immer grösser werdenden Sicherheit im Diagnosticieren der Erkrankung begründet ist.

Ruptur oder Abort?

Was die einzelnen Formen des Ausganges der Extrauteringravidität anbetrifft, so unterscheidet man anatomisch einen tubaren Abort, d h. eine Ausstossung des Eies aus dem ampullären Teil der Tube, und eine Tubenruptur mit oder ohne Austreten des Eies. Auch klinisch lässt sich in vielen Fällen eine solche Einteilung machen.

Was das Frequenzverhältnis beider Formen betrifft, so kommen nach Fehling Aborte 8mal so häufig als Rupturen, nach Küstner unter 75 Fällen 59 Aborte, 16 Rup-

turen vor. Mandl und Schmidt fanden unter 67 Fällen 11mal Ruptur nnd 56mal Abort, darunter 4mal Abort mit Ruptur an einer Tube vereinigt. Ich kann von unseren 83 Fällen nur die 40 Laparotomierten in Betracht ziehen, und von diesen muss ich noch 6 Fälle ausschalten, weil in 5 Fällen entweder garkein Präparat oder kein jetzt noch durch Inspektion deutbares vorhanden ist; in Fall 72 handelt es sich um eine Graviditas ovarica. Von den übrigbleibenden 34 Operierten hatten 15 eine Ruptur, 19 einen Abort durchgemacht.

Nach Martin führt die Plötzlichkeit der Erkrankung und die Erscheinungen eines Collapses zu der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Tubenruptur; blutige Abgänge und länger dauernde wiederholte kolikartige Schmerzen sollen für tubaren Abort sprechen. Auch v. Braun-Fernwald misst dem Charakter der Schmerzen grosse Bedeutung bei. Plötzlich heftiger Schmerz, der häufig die Patienten im besten Wohlbefinden überrascht, spricht für Ruptur oder plötzlichen kompleten Abort, einseitige oder auch unbestimmte Schmerzen im Unterleib von wehenartigem Charakter, die oft lange mit mehr oder minder grossen Intervallen andauern, für tubaren Abort. Natürlich sind diese beiden Arten von Schmerzen nicht immer strikte von einander zu trennen. Auch nach Franz ist der plötzliche Schmerz im Unterleib typisch für Ruptur. Die ausgesprochenen Fälle von Ruptur mit Collapserscheinungen hält er aber für nicht sehr häufig. An der Hallenser Frauenklinik fanden sich unter 70 operierten Tubargraviditäten 18 Rupturen und in diesen 18 Fällen war nur 5mal ein Collaps eingetreten. — Die Schmerzen bei Abort sind besonders charakteristisch, wenn sie von den Patienten als wehenartig bezeichnet werden. Franz fand bei 43 Abortfällen 17mal solche wehenartige Schmerzen. — Nach

Fehling entwickelt sich die Tubenruptur, die sehr häufig nach einem Trauma eintritt, unter den Zeichen einer acuten Anaemie, die auf die abundante innere Blutung zurückzuführen ist und mit Sicherheit die Diagnose auf Ruptur stellen lässt. Charakteristisch für Tubenabort sind nach ihm die sich langsam einstellende Anaemie, die in wechselnder Stärke bestehenden unregelmässigen Blutungen (nach Fehling auf Endometritis post abortum zurückzuführen) und die wiederholten Schmerzanfälle.

Auch wir haben in unseren unten beschriebenen Fällen ähnliche Erfahrungen gemacht. In den 15 Fällen von Ruptur fand sich 3mal ein einziger heftiger Schmerzanfall, der bei bestem Wohlbefinden der Patienten einsetzte. Mehrfach wiederholte Schmerzattacken fanden sich 10mal; dazu 2 in diesem Punkte fragliche Fälle. Lokalisieren liessen sich die Schmerzen in der einen oder anderen Unterleibsseite in 4 Fällen; 2mal wurden sie als wehenartig oder als ziehend bezeichnet. Eine Blutung trat in 10 Fällen von Ruptur ein: 7mal hatte sich eine retrouterine, 5mal eine peritubare Haematocele entwickelt. Ohnmacht war 4mal, von den Patienten beobachtete Blässe des Gesichts 7mal, davon 3mal »plötzlich eintretende« Blässe angegeben. — In den 19 Abortfällen fand sich ein einziger heftiger Schmerzanfall niemals, mehrfach wiederholte Attacken 18mal; dazu ein fraglicher Fall. Lokalisieren liessen sich die Schmerzen in 12 Fällen, in 11 wurden sie als »wehenartig« bezw. »ziehend« bezeichnet. Eine vaginale Blutung war in 18 Abortfällen eingetreten; Haematocelenbildung fand sich retrouterin und peritubar je 9mal. Ohnmacht wurde 2mal, Blässe 8mal beobachtet, davon nie eine plötzlich eingetretene, wohl aber in 3 Fällen als »allmählich eingetreten« bezeichnet.

Wir sehen also, dass sich unsere Erfahrungen mit den bestehenden decken, dass plötzlich eintretende einmalige krampfartige Schmerzen für Ruptur, wehenartige, sich häufig wiederholende Schmerzanfälle für Abort sprechen. Dennoch muss man sagen, dass diese Symptome zu inconstant sind, um die Differentialdiagnose auch nur in einem kleinen Teil der Fälle zu ermöglichen. Und ebenso verhält es sich mit den anderen Zeichen, wie Haematocelenbildung und uterine Blutungen. Wenn sich auch bei 19 Abortfällen 18mal Blutungen fanden, so bestanden aber auch bei 15 Rupturen 10mal Blutungen nach aussen. Die Ohnmachtsanwandlungen sind wohl von der Differentialdiagnose vollständig auszuschliessen, da sie in den meisten Fällen ja nur ein Zeichen für die geringe Widerstandsfähigkeit der betreffenden Patientin Schmerzen gegenüber sind, in seltenen Fällen nur ein Zeichen eines infolge acuter Anaemie eintretenden Collapses. Sicherer scheint mir, wie auch Fehling sagt, das plötzliche oder allmähliche Auftreten einer Anaemie für die eine oder die andere Art der Unterbrechung zu sein. Doch wird dieses von den Patienten so selten angegeben (bei uns unter 34 Fällen 6mal), dass es wohl auch nur selten sich wird zur Diagnosenstellung verwerten lassen. Auch Falk hat die Erfahrung gemacht, wie trügerisch die Anzeichen für Ruptur bezw. Abort sind; unter 13 operierten Fällen hat er mehrfach Rupturen gefunden, die die schulgemässen Zeichen für Abort darboten. Ebenso kommt Mandl zu dem Resultat, dass die Differentialdiagnose zwischen Ruptur und Abort äusserst unsicher ist. Und schliesslich ist ja vom praktischen Standpunkt aus nach den neuesten anatomischen Untersuchungen von Aschoff und Füth eine derartige Differentialdiagnose vollständig überflüssig, da nicht mehr die Art der Unterbrechung der Tubargravidität ihre Be-

handlung bestimmen kann, sondern das Auftreten der Störung und die Kenntniss der Gefahr der späteren Nachblutung, der die Patientin sowohl nach Ruptur wie nach Abort ausgesetzt ist. Bei fast jedem Tubenabort findet man unvollständige verdeckte Rupturen der Tubenwand, die sich später zur vollständigen Ruptur umwandeln können, und bei Abort wie bei Ruptur findet eine Weiterwucherung von den in der Tubenwand zurückbleibenden Chorionzotten statt, die später immer noch eine Eröffnung mütterlicher Gefässe und damit eine abundante innere Blutung mit sich bringen kann. Wir werden daher, wie Krönig auf der Naturforscherversammlung in Hamburg dargelegt hat, heute den Unterschied zwischen tubarem Abort und Tubenruptur klinisch, soweit es die Therapie angeht, vollständig fallen lassen müssen.

Lebende oder tote Frucht?

Wichtiger ist für die einzuschlagende Therapie die Differentialdiagnose zwischen lebender und abgestorbener Frucht. In unserer Klinik ist unter den unten angeführten Fällen 3mal die Diagnose auf »lebende Frucht« gestellt worden, und zwar in Fall 2, 15 und 18; in Fall 71 war eine abgestorbene Frucht diagnosticiert, es fand sich aber bei der Operation ein lebender Foetus vor.

In Fall 2 ergab weder die Anamnese, noch der Aufnahmestatus Anhaltspunkte für ein Weiterleben der Frucht. Am 6. Tage nach der Aufnahme konnte bei einer Narkosenuntersuchung festgestellt werden, dass die Auflockerung der Portio weiter vorgeschritten war als bei der Aufnahme, und daraufhin die Diagnose »lebende Frucht« gestellt werden. Die sofort am nächsten Tage ausgeführte Operation bestätigte die Richtigkeit dieser Annahme. Ebenso wurde in Fall 15 erst nach einiger Beobachtung in der

Klinik die lebende Frucht bezw. ihr Absterben diagnosticiert. Die Anamnese ergibt die typischen Anzeichen eines Tubenaborts, der Aufnahmestatus die Bildung einer Haematocele peritubaria. Während der Untersuchung in der Poliklinik kollabierte die Patientin und wurde in verfallenem Zustand auf die Station gebracht. Da der Puls sich im Laufe des Tages etwas besserte, wurde vorläufig von einer Operation Abstand genommen. Am nächsten Tage wurde ein ganz bedeutendes Wachsen des Tumors konstatiert. Noch einen Tag später, also 2 Tage nach der Aufnahme, begann eine mässig starke Blutung aus der Vagina, die erst am 4. Tage nach Abgang einer Decidua schwächer wurde. Patientin wurde, da man auf diese Zeichen hin den Fruchttod diagnosticierte, nicht operiert, und der Verlauf hat auch diese Diagnose bestätigt. Blutungen und Schmerzen traten nicht mehr auf. Der Tumor war nach ca. 1 Monat bedeutend kleiner und hatte eine deutlich derbe Wandung. Die Patientin konnte mit relativ gutem Befunde aus der Klinik entlassen und der Poliklinik zur Nachbehandlung überwiesen werden. – In Fall 18 hatten unbestimmte krampfartige und brennende Schmerzen und dauernde uterine Blutungen bestanden. Einige Tage nach der Aufnahme wurden in einem Tumor im Douglas, der für eine retrouterine Haematocele post abortum angesprochen war, Eigenbewegungen gefühlt, die unabhängig von Puls und Atmung der Patientin waren. Die am nächsten Tage ausgeführte Laparotomie zeigte, dass der Douglastumor der extrauterine Fruchtsack war, der einen 28 cm langen lebensfrischen Foetus enthielt.

Weniger Glück mit der Unterscheidung der lebenden von der abgestorbenen Frucht hatte die Klinik in Fall 71. Wiederholte krampfartige Schmerzanfälle, uterine Blutungen mit Abgang einer »faserigen Haut« waren vor dem Ein-

treffen in der Klinik vorausgegangen. Neben dem Uterus wurde ein weicher Tumor palpiert, der für eine peritubare Haematocele angesprochen wurde. Zehn Tage nach der Aufnahme bekam die Patientin einen Collaps, der sich wieder im Laufe des Tages besserte. Am 15. Tage ihrer Anwesenheit in der Klinik wurde Patientin operiert, und es fand sich, dass der Tumor der Fruchtsack war und bei einer artificiellen Ruptur einen dem vierten Monat entsprechenden Foetus entleerte, der noch die Extremitäten bewegte.

Wenn wir die Symptome und den Befund unserer Fälle zusammenfassen, so haben wir in den 4 Fällen von lebender Frucht 2mal eine Vergrösserung bezw. Auflockerung des Uterus, 3mal eine Auflockerung bezw. livide Verfärbung der Genitalschleimheit, niemals Pulsation der Scheidenarterien. Milchsekretion fand sich in diesen Fällen nicht angegeben. Eine freie innere Blutung war in einem Falle, eine grosse Haematocele in 3, eine Blutung in die Tube in keinem Falle nachweisbar. Ohnmachtsanfälle waren einmal, desgleichen einmal der Abgang einer Decidua angegeben. Schmerzattacken waren in allen 4 Fällen vorausgegangen. Uterine Blutungen waren 3mal eingetreten, einmal $2^1/_2$ Monate, ein anderes Mal 7 Tage anhaltend, im dritten Falle als mit jedem der häufigen Schmerzanfälle auftretend bezeichnet. Zweimal wurde ein Wachsen des vorhandenen Tumors, ein Kleinerwerden nicht beobachtet.

Wenn ich die Fälle mit vereitertem Fruchtsack oder vereiterter Haematocele abziehe, so bleiben uns 73 Fälle, in denen es sich um eine bereits abgestorbene Frucht handelte. In diesen Casus fand sich 20mal eine Vergrösserung oder Auflockerung des Uterus, 20mal eine Auflockerung bezw. livide Verfärbung der Genitalschleimhaut. Pulsation der Scheidenarterien war 8mal, Milchsekretion

der Brüste 12mal nachzuweisen. Eine freie innere Blutung wurde einmal diagnosticiert, 51mal eine grosse Haematocele. 14mal eine Blutung in die Tube. Ohnmachtsanfälle wurden 15mal, Deciduaabgang 36mal angegeben. Die Anamnese ergab in 68 Fällen vorher eingetretene Schmerzattacken, in 67 Fällen uterine Blutungen, davon 63mal längere Zeit anhaltende. Ein Wachsen des Tumors wurde 6mal, ein Kleinerwerden 33mal beobachtet. Die Rückbildung von Schwangerschaftsveränderungen an den Genitalien ist nach den Krankenjournalen in keinem Falle konstatiert.

Vergleichen wir nun die Resultate, die die Zusammenstellung der Symptome beider Gruppen der Extrauterin-graviditäten ergeben hat, so finden wir für die sichere Diagnose der abgestorbenen oder lebenden Frucht fast keine Anhaltspunkte.

Ein Deciduaabgang kann für die Differentialdiagnose nicht von Bedeutung sein, darin stimmen wohl die meisten Autoren überein. Thorn sieht die Ausstossung der Decidua im allgemeinen für ein sicheres Zeichen des Fruchttodes an. Nach Martin geht die Decidua infolge von Blutungen ab, die in den Eisack erfolgen, und durch diese Blutungen stirbt dann meist auch der Foetus ab. Dass das aber nicht immer eintreten muss, beweist unser Fall 71, in dem schon ca. $1^1/_2$ Monate vor der Operation, bei der eine lebende Frucht gefunden wurde, die Decidua abgegangen war.

Lange anhaltende Blutungen aus der Vagina, die nach Winter und Leopold stets für den eingetretenen Fruchttod sprechen sollen, fanden sich in 86,3% der Fälle mit abgestorbener Frucht, aber auch in zweien von den 4 Fällen mit lebendem Foetus, so dass auch dieses Symptom nicht mehr als zuverlässig angesehen werden kann. — Krampfanfälle und Ohnmachten kommen nach Winters Erfahrungen und auch nach meinen Resultaten

auch bei weiterlebender Frucht vor. Unsicher erscheinen mir auch die Schwangerschaftsveränderungen an den Genitalien. In 27,4 % der Fälle mit toter Frucht fand sich eine Auflockerung oder Vergrösserung des Uterus, in 27 % Veränderungen an der Portio oder an der Vagina. Eine Rückbildung der Schwangerschaftsveränderungen wäre wohl ein sicheres Zeichen für das Aufhören der Gravidität, doch wird sie wohl selten beobachtet, in allen unseren Fällen niemals. — Die von einigen Autoren als wertvolles diagnostisches Merkmal bezeichnete Pulsation der Scheidenarterien fand sich bei uns nur 8mal, und zwar nur bei bereits abgestorbener Frucht. — Milchsekretion der Brüste fand sich bei lebender Frucht niemals, in 16,5 % bei abgestorbener. Grosse Haematocelen und freie innere Blutungen sollen ebenfalls für den Fruchttod sprechen, nach unseren Resultaten gleichfalls höchst unsichere Merkmale.

Wir sehen also, dass die Differentialdiagnose zwischen lebender und toter Frucht, wenn nicht kindliche Herztöne oder Kindsbewegungen direkt nachweisbar sind, immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose bleiben kann.

Therapie.

Zum Schluss will ich noch auf die Grundsätze eingehen, nach denen an der hiesigen Klinik die Fälle von Extrauteringravidität behandelt worden sind. Von 83 Fällen wurden 45 operativ behandelt, und zwar 40 Fälle laparotomiert, 5 vaginal operiert. Wie das Verhältnis der Zahl der Operierten zu der Gesamtzahl zeigt, steht Herr Professor Winter nicht mit den Autoren auf einem Standpunkt, die verlangen, dass alle Fälle von Tubargravidität der bestehenden Gefahren wegen operiert werden müssen. Bestimmt operiert will er alle Fälle von Tubarschwangerschaft mit lebender Frucht und solche mit freier Blutung

in die Bauchhöhle wissen, desgleichen diejenigen, die über die erste Hälfte der Schwangerschaft hinausgegangen sind. Bestimmt konservativ soll vorgegangen werden, wenn die vollständige Ausstossung des Eies aus der Tube nachgewiesen ist. Zwar besteht nach den neueren anatomischen Untersuchungen, wie schon oben gesagt, auch nach kompletem Abort noch die Gefahr späterer Ruptur bezw. Blutung; doch diese Komplikation ist so selten, dass man ihretwegen nicht alle Fälle ohne Ausnahme operativ behandeln kann. Die Unterscheidung, ob das Ei total aus der Tube ausgestossen ist oder nicht, wird nicht immer ganz leicht sein. In unserer Klinik wurde eine sichere Ausstossung dann angenommen, wenn man die Tube der betreffenden Seite nicht verdickt oder als dünnen Strang auf einer Haematocele palpieren konnte. In zweifelhaften Fällen wurden die Patienten in der Klinik weiter beobachtet und vor der Hand mit resorptiven Mitteln behandelt, bis sich entweder die Zweckmässigkeit dieser konservativen Behandlung ergab oder eine Indikation für die Operation gefunden wurde.

Es wurde operiert wegen:

lebender Frucht	5mal,
intraabdom. Blutung	1mal,
Graviditas post mens. V. . .	2mal,
Tumor der Tube	27mal,
vereiterter Haematocele . . .	4mal,
aus anderen Gründen	6mal.
Ss.	45mal.

In zwei von den letztgenannten Fällen fand sich erst während der aus anderen Gründen ausgeführten Operation eine Extrauterinschwangerschaft vor. In Fall 63 konnte wegen der Dicke der Bauchdecke die Tube nicht mit Sicherheit als leer erkannt werden und deshalb wurde die

Laparotomie gemacht; in Fall 65, weil trotz längerer konservativer Behandlung die Haematocele ständig wuchs. Zweimal konnte trotz des Nachweises eines Tubentumors nicht die Operation vorgenommen werden, da die Patienten aus irgend einem Grunde gegen den Willen des Arztes die Klinik verliessen. Weshalb in Fall 68 nicht operiert wurde, lässt sich aus der Krankengeschichte nicht mehr entnehmen.

Was die Behandlung der Haematocelen anbetrifft, so wurde in der grossen Mehrzahl der Fälle eine konservative Behandlung eingeschlagen, die in Massage, Ichthyolglycerintamponade, Salzbäder usw., in letzter Zeit auch Quecksilberbelastung, bestand. Meist werden die Blutergüsse in kürzerer oder längerer Zeit bis auf geringe Reste resorbiert. Bildet sich aber eine derbe Fibrinkapsel um die Haematocele, so geht die Resorption ausserordentlich langsam vor sich, so dass die Patienten sehr lange Zeit durch die Residuen der Erkrankung belästigt werden, und es ist daher geraten, diese Kranken zu operieren, namentlich die Angehörigen der arbeitenden Klasse; dann aber sind auch diese Patienten immerhin lange Zeit der Gefahr ausgesetzt, eine Vereiterung des Blutergusses, der ev. in die Bauchhöhle durchbrechen und eine allgemeine eitrige Peritonitis erzeugen kann, sich zuzuziehen. Einen solchen Fall haben wir in Casus 4. Die Patientin kam schon mit der Peritonitis in die Klinik und verstarb am selben Tage, bevor sie noch hätte operiert werden können.

Operiert wurde wegen einer vereiterten Haematocele oder eines vereiterten Fruchtsackes viermal. Der eine von diesen vier Fällen ist der seinerzeit von Baatz veröffentlichte Fall einer Vereiterung des extrauterinen Fruchtsackes mit Durchbruch in die Blase. Einen zweiten ähnlich interessanten Fall haben wir in Casus 36, bei dem

ein Durchbruch der vereiterten Haematocele in den Darm stattfand.

Der Weg, auf dem die Operation vorgenommen wurde, war in den meisten Fällen die Laparotomie. Einmal hat man bei der Laparotomie eine viel bessere Übersicht über das Operationsgebiet und kann daher Blutstillung und Lösung von Adhaesionen an den anderseitigen Adnexen weit besser ausführen, dann aber bietet auch die Laparotomie nach Ihm kein ungünstigeres Resultat als die vaginale Operation. Vaginal wurde in der hiesigen Klinik bei Tubargravidität nur dann operiert, wenn es sich um vereiterte Haematocelen handelte. — Die Resultate, die bei der genannten Therapie erzielt wurden, will ich hier kurz angeben Als völlig geheilt wurden 33 Patienten entlassen, als gebessert bzw. noch mit einem Tumor im Douglas oder in der Nähe der Adnexe und mit der Weisung, sich zu Hause weiter behandeln zu lassen, 29 Kranke, 6 wurden zur Nachbehandlung der Poliklinik überwiesen. Sechs Patienten wurden ungeheilt oder wenig gebessert entlassen, weil sie gegen den Willen des Stationsarztes die Klinik verliessen, eine Kranke siedelte vor ihrer Heilung in die Privatklinik des Herrn Professor Winter über.

In vier Fällen trat der Exitus ein. In Fall 4 kam die Patientin schon mit einer Peritonitis in die Klinik und starb, nicht operiert, noch am selben Tage. In Fall 22 wurde wegen vereiterter Haematocele diese vaginal incidiert. Zwei Tage darauf trat morgens plötzlich ein Collaps ein; wenige Stunden darauf starb die Frau. Eine innere Blutung war nicht nachweisbar. Die Todesursache blieb unbekannt, da die Sektion verweigert wurde. Fall 46 starb sechs Tage nach der Operation an tuberkulöser Pneumonie. In dem letzten Fall 58, der an Peritonitis acuta zu Grunde ging, lässt es sich nicht entscheiden, ob es sich

um eine schon vor der Aufnahme oder erst während der Operation erworbene Peritonitis handelte. Es waren schon bei der Operation Zeichen peritonealer Reizung vorhanden, die aber vielleicht auf die bestehende innere Blutung zurückgeführt werden konnten. Eine Infektion bei der Laparotomie ist in diesem Falle nicht ausgeschlossen, da die Operation übereilt vorgenommen werden musste.

Wir hatten also bei 38 konservativ behandelten Fällen 1 Exitus = 2,6 % Mortalität, bei 40 Laparotomierten 2 Todesfälle = 5 %, bei 5 vaginal Operierten 1 Todesfall = 20 % Mortalität.

Was die Dauerresultate anbetrifft, so lässt sich natürlich über einen grossen Teil der angeführten Patienten zurzeit noch nichts sagen. Einen Teil der Patienten, den aus den früheren Jahren, hat Ihm in der Königsberger Frauenklinik nachuntersucht und die gefundenen Resultate in der »Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie« veröffentlicht.

Fall 1. Schlosserfrau A. B., 32 Jahre. Anamnese: Seit 3 Jahren steril verheiratet. Vor 3 Jahren eine Unterleibsentzündung. Vor 1 Jahre operiert wegen Verengerung der Gebärmutter. Erste Menstruation mit 12 Jahren, 3wöchentlich, 5 bis 6 Tage dauernd, stark, heftige Schmerzen im Leib und im Kreuz. Im 16. bis 17. Lebensjahr 1 Jahr Unterbrechung wegen Chlorose. Sonst war die Periode stets regelmässig. L. M. 25. Aug. 1897. Am 1. Okt. 97 plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib, besonders links. Übelkeit und Erbrechen. Blutiger, schwärzlich gefärbter Ausfluss. Geringe Auftreibung des Leibes. Patientin war fast dauernd ans Bett gefesselt. Drang und Schmerzen beim Urinlassen.

Status: d. 25. X. 97. Abdomen im Beckeneingang etwas druckempfindlich. Schleimhaut des Introitus nicht deutlich, der Vagina leicht bläulich verfärbt Uterus nach rechts verlagert, torquiert, antevertiert, wenig vergrössert; seine Beweglichkeit stark beschränkt. Der Douglas ist durch einen hühnereigrossen, weichen, sehr schmerzhaften, unregelmässigen Tumor ausgefüllt. An diesen setzt sich ein gänseeigrosser, runder, ziemlich weicher Tumor an, der die linke Beckenhälfte ausfüllt. In der Vagina mässig viel bräunliches Sekret. Diagnose: Graviditas extrauterina mens II. Haematocele retrouterina.

Verlauf: 27. X. Seit der Aufnahme geringe Blutung. Seit dem Vormittag bis 3 h. p. m. wehenartige Schmerzen Auf der Vorlage findet sich eine Decidua. — 1. XI. Schmerzen und Blutung haben aufgehört. — 12. XI. Patientin war vor ein paar Tagen $^1/_2$ Stunde aufgestanden; gleich starke Schmerzen und Blutabgang. Bei der gestrigen Untersuchung zeigte sich der Tumor grösser als bei der Aufnahme. Strengste Ruhelage. Jodglycerintampon. — 26 XI Tumor bedeutend kleiner. Keine Beschwerden. — 3. XII. Seit 4 Tagen steht Patientin auf. Keine Beschwerden bei und nach dem Gehen. — 10. XII. In letzter Woche trat die Periode schwach ein. — 11. XII. Tumor ca faustgross. Patientin wird mit der Weisung entlassen, sich alle 8 Tage in der Poliklinik vorzustellen.

Fall 2. Kaufmannsfrau A. H., 26 Jahre Anamnese: 0 para. Im Jahre 1890 ein Abort mens III. Menses immer regelmässig, stark. L. M. Anfang August. Am 30. VIII. ein krampfartiger Schmerzanfall im Unterleib mit leichter Blutung 19. IX. Zweiter ähnlicher Anfall, desgleichen am 30. IX. und 10. X. Am 12. X. zwei sehr starke Schmerzanfälle, ein schwächerer am 15. X., wieder ein stärkerer am 30. X.

Status: 31. X. 97. Uterus sinistroanteponiert, vergrössert. Links und hinter ihm ein ca. faustgrosser, prall cystischer Tumor von geringer Beweglichkeit. Im Douglas ein ca. gänseeigrosser Tumor von mässig fester Consistenz. Diagnose: Graviditas tubaria dextra. Haematocele retrouterina.

Verlauf: 5. XI. Seit der Aufnahme keine stärkeren Schmerzanfälle mehr. Stuhlgang träge. Urin wird spontan entleert. — 6. XI. Narkosenuntersuchung: Tumor ist gewachsen. Portio lockert sich weiter auf. Operation wird vorgeschlagen und beschlossen. — 8. XI. Operation. — 12. XI. Reaktionsloser Verlauf. In der Nacht unter ziehenden Schmerzen im Kreuz Abgang einer Decidua. — 19. XI. Entfernung der Nähte. — 22. XI. Patientin verlässt das Bett. — 30. XI. Kleines Becken ganz frei. Kräftezustand gut. Entlassung

Operation (Prof Winter): Chloroformnarkose, Beckenhochlagerung. Laparotomie. Uterus nach links vorne verdrängt. Dahinter und links ein graubrauner Tumor. Breite Verwachsungen mit den rechten Adnexen, von denen er auszugehen scheint. Abtragen der rechten Adnexe. Beim Lösen platzt der Tumor und entleert 2 bis 3 Esslöffel Fruchtwasser und den Foetus. Darauf vollständige Exstirpation des Fruchtsackes. Der Douglas ist mit grauen dicken Massen alten Cruors austapeziert. Uterus zeigt sich vergrössert.

Präparat: Foetus vollständig frisch. Länge 15 cm. Nabelschnur glatt und frisch. Tube ca. 5 bis 6 cm weit normal, dann 5 cm beträchtlich erweitert, von glatter Schleimhaut ausgekleidet, die von streifigen Blutungen durchsetzt ist. Dieser Teil der Tube ist nach aussen abgeschlossen durch die Eihäute des Fruchtsackes, der schwach faustgross ist und in dessen Aussenwand sich an einer

Stelle fimbrienartige Uterusschleimhaut zeigt. Zweidrittel des Fruchtsackes werden von der Placenta eingenommen. An der ganzen Aussenfläche sitzen überall schwarze, weiche Blutgerinnsel.

Fall 3. Besitzersfrau A. B., 30 Jahre. Anamnese: 4 normale Geburten, 1 Abort. Erste Menstruation mit 13 Jahren, anfangs unregelmässig. Seit der Verheiratung regelmässig, 3 bis 4 Tage dauernd, stark. In letzter Zeit öfters Schmerzen im Unterleib und im Rücken. L. M. Anfang September. Seit 9 Wochen klagt Patientin über heftige krampfartige Schmerzanfälle beim Stuhlgang, während der sie wiederholt ohnmächtig geworden ist. Schleimig-eitrig-blutiger Ausfluss. Drängen und Schneiden beim Urinieren. Vor 8 Tagen trat eine stärkere Blutung auf. Patientin will eine geringe Auftreibung des Leibes bemerkt haben. Bei Anstrengungen hat Patientin besonders grosse Beschwerden.

Status: 4. XI. 97. Im Beckeneingang ist die Kuppe eines Tumors fühlbar. Uterus stark anteponiert, kaum vergrössert; Beweglichkeit etwas beschränkt. Rechts und hinten von ihm ein knapp kindskopfgrosser, runder, wenig beweglicher, nicht druckempfindlicher Tumor, der den ganzen Douglas ausfüllt. Consistenz fest. Rechts vorne sitzt auf ihm ein hühnereigrosser Tumor. Linke Tube scheint wenig verdickt. Wenig Sekret in der Vagina — Diagnose: Graviditas extrauterina mit abgestorbener Frucht. Haematocele peritubaria.

Verlauf: 11. XI. Der Bluterguss scheint sich mit einer festen Kapsel umgeben zu haben. Operation vorgeschlagen wegen mangelnder Aussicht auf Resorption. — 13. XI. Operation. — 25. XI. Entfernung der Nähte. — 27. XI. Patientin steht auf. — 2. XII. Uterus in normaler Lage, schwer beweglich. Von der hinteren

Beckenwand zieht durch das ganze Becken eine dünne, nicht überall deutlich abgrenzbare, unempfindliche Resistenz. — 7. XII. Patientin wird geheilt entlassen.

Operation (Prof. Winter): Narkose, Beckenhochlagerung. Laparotomie. Rechts hinter dem anteponierten Uterus ein bräunlicher Tumor, der in der ganzen Ausdehnung mit der Uteruswand und mit der Beckenwand verwachsen, aber leicht ausschälbar ist. Grosser Bluterguss, der mit dem lateralen Teil der Tube in Verbindung steht. Der Tumor wird durch 3 Ligaturen abgebunden und abgetragen.

Präparat: Der Tumor ist kleinfaustgross, seine Kapsel dunkelbräunlich, ziemlich dick, brüchig. An einer kleinen Stelle ein Einriss, in der alte Blutkoagula sichtbar sind. Tumor hat eiförmige Gestalt. An einem Ende sitzen die rechten Adnexe. Tube wenig verdickt. Ihr abdominelles Ende verschwindet in dem Tumor. Unterhalb der Tube das vergrösserte, lang ausgezogene Ovarium. Beide Adnexe mit Adhäsionsmembranen bedeckt.

Fall 4. Besitzersfrau M. N., 38 Jahre alt. Anamnese: 8 normale Geburten, zuletzt 2 Aborte. Letzter Abort vor 8 Wochen (mens III). Erste Menstruation mit 15 Jahren, dann regelmässig, 4 bis 5 Tage dauernd, stark. Vor 9 Wochen starke, krampfartige Schmerzen, die vor 8 Wochen zum Abort führten. Seitdem Schmerzen im Leib, seit 2 Wochen Auftreibung, Erbrechen, Aufstossen, Stuhlverhaltung, häufiger Harndrang, Appetitlosigkeit. Kein Eiter, nur Schleim im Stuhl.

Status: 8. XII. 97. Temperatur 36,6, Puls 130. Abdomen meteoristisch aufgetrieben, gespannt, druckempfindlich. Keine freie Flüssigkeit. Uterus fast unbeweglich, nicht vergrössert, nach vorne gedrängt durch einen weichen, empfindlichen Tumor im Douglas, der bis

zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reicht. In der Wand des Tumors mehrere erbsen- bis bohnengrosse Verdickungen. Aus dem Rektum entleert sich reichlich heller Schleim. Urin wenig getrübt; wenig Albumen. Diagnose: Peritonitis; Graviditas tubaria sinistra; Vereiterte Haematocele retrouterina.

Verlauf: Der Puls wird trotz angewendeter Excitantien im Laufe des Tages immer kleiner. Zeitweise Erbrechen. Der Exitus tritt bei fast völlig erhaltenem Bewusstsein um 3^{10} a. m. ein. Als Todesursache wird eine septische Peritonitis angenommen, die von dem vorhandenen Exsudat ausgeht.

Sektionsbefund: Linksseitige Tubergravidität. In Blutkoageln, die dem leeren Tubensack anhaften, werden mikroskopisch Chorionzotten nachgewiesen. Angenommen wird, dass durch Tubenabort eine Haematocele retrouterina entstanden, diese vereitert und in die Bauchhöhle perforiert ist.

Fall 5. Arbeitersfrau W. H., 33 Jahre. Zwei normale Geburten. Erste Menstruation mit 16 J., 3 Tage dauernd, regelmässig, stark und mit Schmerzen verbunden. Erste Periode nach dem letzten Partus (31. VIII. 97.) Mitte Oktober, nächste 8 Tage zu früh und 8 Tage dauernd. Darauf Amenorrhoe. Vom 18.—20. XII. trat eine Blutung ein, 25 XII. wieder Blutung mit heftigen Unterleibsschmerzen. Pat. wurde ohnmächtig. In dem abgegangenen Blut soll eine feste fleischige Haut gewesen sein. Vom 2. – 5. Jan. wieder Blutung; seither andauernd mit kleinen Unterbrechungen.

Status: 14. I. 98. Unterbauchgegend druckempfindlich. Uterus anteponiert, nicht vergrössert, wenig beweglich. Douglas ganz ausgefüllt durch einen knapp kindskopfgrossen, ziemlich festen, cystischen Tumor, der mit der Beckenwand verbunden ist. Schleimhaut des Introitus bläulich

verfärbt. Beide Brüste secernieren. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: Patient hatte bei Bettruhe (+ Priessnitz) fast garkeine Schmerzen mehr. Am 25. I. begann sie von neuem zu bluten und hatte auch geringe Schmerzen. Am 28. I. ist die Haematocele kleiner und härter geworden. Keine Schmerzhaftigkeit mehr. Am 11. II. wird Patient mit der Weisung entlassen, die Priessnitz'schen Umschläge weiter zu gebrauchen und sich heisse Scheidenspülungen zu machen.

Fall 6. Fleischerfrau L. R., 37 Jahre. Anamnese: 0. para. Erste Menstruation mit 16. J., regelmässig. L. M. vor 2 Tagen. Seit dem Dezember 1896 Schmerzen im Unterleib, besonders heftig nach Anstrengungen. Seit Dez. 97 Schmerzen beim Urinlassen, wobei kleine Stücke abgegangen sind. In den letzten 3 Wochen musste Pat. wegen sehr starker Schmerzen dauernd zu Bett liegen.

Status: 7. II. 98. Uterus ganz an die linke Beckenwand gedrängt, nicht vergrössert, unbeweglich. Rechts davon liegt, das Scheidengewölbe vorbuckelnd, ein über kindskopfgrosser, cystischer, beweglicher, wenig druckempfindlicher Tumor. In der Vagina eine geringe Menge Schleim. Urin dick, eitrig, übelriechend; schwer zu bestimmende Menge Eiweiss. Der in die Blase eingeführte Katheter gleitet über eine Menge kochen- bis steinharter körniger Massen. Diagnose: Graviditas extrauterina mit skelettierter Frucht und Durchbruch in die Blase.

Verlauf: Seit der Aufnahme Blasenspülungen und Bettruhe, trotzdem bleibt der Urin dick und stinkend. Am 22. II. Dilatation der Urethra und innere Untersuchung; dabei Entfernung von 2 Knochen. Die Durchbruchstelle wird rechts hinten erbsengross gefühlt. Auch bei der cystoskopischen Untersuchung wird am 25. II. die Per-

forationsstelle gesehen. Am 3. III. hat sich der Tumor bedeutend verkleinert.

Operation: 7. III. (Prof. Winter.) Narkose. Rechtsseitiger paravaginaler Schnitt, der an der Vorderfläche der Portio nach links fortgeführt wird. Ablösen der Blase. Vordere Peritonealfalte nicht eröffnet, auch hinten wird das Peritoneum zurückgeschoben. Der untere Teil des rechten Parametriums wird unterbunden und vom Uterus abgetrennt. Der Tumor wird von oben herabgedrängt und mit der Scheere incidiert. Es entleert sich dicker Eiter, ausserdem einige kleine Knochen. Die Hauptmasse der Skelettknochen wird durch eine Zange entfernt. Einige Knochen hängen mit der Sackwand fest zusammen und werden nicht entfernt. Ein Drain wird eingelegt und nach Lysolspülung tamponiert. — In die Blase wird ein Verweilkatheter eingelegt. — 24. III. Das Drainrohr wird entfernt, die Lysolspülungen des Fruchtsackes fortgesetzt. Urinlassen gut. — 28. III. Patient steht auf. — 5. IV. Aus der Blase wird ein kleiner Knochen entfernt. — 12. IV. Beim Cystoskopieren sieht man eine Menge stark inkrustierter Knochen. — 13. IV. Entfernung derselben in Narkose nach Dilatation bis Hegar 25. — 7. V. Geringer Blasenkatarrh. Keine Knochen mehr. — 8. V. Wunde im Fruchtsack vollständig geschlossen. Keine Blasenbeschwerden mehr. — 9. V. Entlassung.

Fall 7. Maurersfrau B. B., 32 Jahre. Anamnese: 8 para. Erste Menses mit 16 J., regelmässig, stark, schmerzlos. Letzte Periode 3. Januar. Seit d. 6. II. blutet Patientin. Am 18. I. 98 hatte Patientin plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib, wurde dabei ohnmächtig. Seitdem besteht eine Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend. Am 20. I. wieder plötzlich heftiger Schmerzanfall. Seitdem treten häufiger solche Anfälle mit 2 bis 3tägiger Unter-

brechung auf Letzter Anfall am 6. II. Sonst dauerten die Schmerzen nur einige Stunden, beim letzten Anfall bis zum Abend des nächsten Tages. Patient klagt über Schmerzen beim Stuhlgang.

Status: 8. II. Beide Brüste secernieren. Ganze Unterbauchgegend druckempfindlich. In der rechten Unterbauchgegend unregelmässig gestalteter, harter, druckempfindlicher, unbeweglicher Tumor, der bis zwei Querfinger unter dem Nabel reicht. Schleimhaut des Introitus nicht deutlich verfärbt, aber aufgelockert. Uterus vergrössert, ganz weich, unbeweglich, liegt normal. Rechts von ihm ein mässig harter, druckempfindlicher, gänseeigrosser Tumor, dessen oberer Teil aussen fühlbar ist und auf dem die Tube verläuft. Linke Adnexe etwas empfindlich, doch o. B. Im Douglas sitzt ein gänseeigrosser, stark druckempfindlicher, weicher Tumor. Geringer Blutabgang. Diagnose. Graviditas tubaria dextra.

Verlauf: 9. II. In der Vagina werden Deciduafetzen gefunden. 14. II. morgens plötzlich sehr heftige Schmerzen. Puls klein. Es scheint eine neue Blutung eingetreten zu sein. Sofortige Laparotomie.

Operation: (Prof. Winter). Aethernarkose, Beckenlochlagerung. Bei der Eröffnung des Peritoneum sieht man zwischen den Darmschlingen frisches Blut. Uterus liegt links, ist stark vergrössert. Das ganze rechte Becken wird von einem blauen Tumor ausgefüllt, der bei Lösungsversuchen blutet. Ligatur des Lig. infund.-pelvicum und der Verbindung mit der Uterusecke. Exstirpation der rechten Adnexe mit dem Adnextumor, der einreisst und Placentargewebe mit Blutungen durchsetzt zeigt. Aus dem Douglas wird nach Möglichkeit das Blut entfernt.

Am 28. II. steht Patient nach reaktionslosem Wundverlauf auf. 6. III. Uterus liegt normal und ist beweg-

lich. Rechts und hinter ihm liegt ein beweglicher, nicht druckempfindlicher gänseeigrosser Tumor. 10. III. Patient wird mit der Weisung entlassen, sich zu Hause noch Priessnitzumschläge zu machen.

Präparat. Der Tumor ist gut hühnereigross. Oben liegt ihm die grösstenteils unveränderte Tube auf. Das abdominelle Ende der Tube erweitert sich und bildet einen Tumor, der jetzt rupturiert ist, wohl kleinhühnereigross gewesen ist. Es ist ein deutlicher Sack mit glatter Innenwand vorhanden, aus dem ein eiähnliches Gebilde, stark mit Blutgerinnseln durchsetzt und nur noch mit einer kleinen Stelle der Innenfläche in Verbindung stehend, heraushängt. Unterhalb dieses Sackes ist das Ovarium. In der Umgegend desselben und die ganze untere Fläche des Sackes bedeckend finden sich reichliche fest anhaftende Blutkoagula.

Fall 8. Forstaufsehersfrau C. M., 36 Jahre. Anamnese: I para. Erste Menses mit 17 Jahren, anfangs wegen Chlorose unregelmässig, später regelmässig. Letzte regelmässige Periode am 11. X. 97. Seit Oktober 97 hat Patientin Druck und Schmerz im Unterleib. Am 1. XII. 97 will sie an Blinddarmentzündung erkrankt sein. Die Krankheit begann plötzlich mit heftigen Unterleibsschmerzen; gleichzeitig Blutabgang. Der Ausfluss verlor allmählich die blutige Farbe. Ende Januar 98 begann Patientin häufiger in unregelmässigen Intervallen zu bluten. Dabei hatte sie Schmerzen.

Status: Rechte Unterbauchgegend etwas empfindlich. Portio 1 cm lang. Cervicalkanal bis zum inneren Muttermund für einen Finger durchgängig. Uterus anteponiert, etwas nach links verlagert, fast unbeweglich, nicht vergrössert. Der Douglas ist ganz ausgefüllt durch einen kindskopfgrossen, prallelastischen, runden, etwas beweg-

lichen, ziemlich druckempfindlichen Tumor, auf den die Tube, allmählich anschwellend, übergeht. Bräunlich verfärbter Ausfluss Diagnose: Graviditas tubaria dextra mit peritubarer Haematocele und abgestorbener Frucht.

Verlauf: 21. III. Patientin verlässt das Bett. — 24. III. Auch beim Umhergehen vollkommen schmerzfrei. Patientin wird mit der Weisung entlassen, sich zu Hause noch Priessnitzumschläge zu machen.

Fall 9. Schmiedsfrau M. W., 33 Jahre. Anamnese: IV para. Erste Menses mit 14 Jahren, regelmässig, normal. L. M vor 8 Wochen, 1 Woche dauernd. Nach der letzten Periode war 1 Woche lang die Patientin frei von Blutungen. Dann trat nach starker Anstrengung eine mässige Blutung unter starken, kneifenden Schmerzen im Unterleib ein. Die Blutung hielt bis jetzt an. Bei Bettruhe sind die Schmerzen geringer geworden. Der Stuhlgang war träge. Am 11 IV. will Patientin einen starken Schmerzanfall gehabt haben.

Status: 25. IV. 98. Portio aufgelockert. Äusserer Muttermund bequem für einen Finger durchgängig. Uterus nach vorne gedrängt. Der Fundus liegt links und scheint vergrössert zu sein. Hinter dem Uterus liegt ein fast kindskopfgrosser Tumor von cystischer Konsistenz und glatter Oberfläche, der die hintere Scheidenwand vorwölbt. Die Kuppe des Tumors nur undeutlich hinter dem Uterus fühlbar. Aus dem Uterus entleert sich ziemlich reichliches teerfarbenes Blut. Diagnose: Haematocele retrouterina.

17. V. Patientin wird entlassen, weil sie sich weigert, weitere Bettruhe zu beobachten. Sie wird darauf aufmerksam gemacht, dass ihr Zustand nicht ungefährlich ist.

Fall 10. Schlosserfrau J. M, 37 Jahre. Anamnese: Menses immer regelmässig gewesen. Letzte regelmässige Periode am 1. Februar 1898. Am 15. III. eine schwache

Blutung, desgl. am 28. IV. eine 2tägige Blutung. Seit dem 1. Februar besteht das Gefühl der Schwangerschaft. Seit 4 Wochen Schmerzen beim Urinieren. Zeitweise krampfartige, wehenartige Schmerzen. Während der Blutungen bestanden keine Schmerzen.

Status: 4. V. 98. Uterus sinistrovertiert. Portio aufgelockert. Der Uterus ist verdrängt durch einen schlaffcystischen, über faustgrossen Tumor mit nicht ganz glatter Oberfläche, der mit dem Uterus in breiter Verbindung steht und schmerzlos ist. Scheidenarterien stark pulsierend. Diagnose: Graviditas tubaria dextra.

Verlauf: 12. V. Die Narkosenuntersuchung zeigt, dass quer über den Tumor ein sich prall anfühlender Strang verläuft, der mit dem Tumor beweglich ist. Patient wird mit Priessnitz'schen Umschlägen behandelt. — 30. V. Patientin steht beschwerdefrei auf. — 9. VI. Keine wesentliche Veränderung in der Beschaffenheit des Tumors, nur dass er kleiner und härter geworden ist. Die Pulsation der Scheidenarterien hat aufgehört. Entlassung.

Fall 11. Apothekersfrau L. Sch., 37 Jahre. Anamnese: V para. Die Menses sind 2mal ausgeblieben. Am 20. IV. hatte Patientin einen starken plötzlichen Schmerzanfall. Am 29. IV. geringe Blutung mit Abgang einer Decidua.

Status: 5. V. 98. Uterus liegt vorne und links. Rechts und hinter ihm ein sehr weicher, fast cystischer Tumor, der in breiter Ausdehnung mit dem Uterus verwachsen ist. Diagnose: Graviditas extrauterina.

Operation: 9. V. 98. (Prof. Winter.) Narkose, Beckenhochlagerung. Laparotomie. Geringe Menge flüssiges Blut in der Bauchhöhle. Linke Adnexe ohne Veränderung. Am rechten Uterushorn grössere Blutgerinnsel. Der Foetus liegt frei in der Bauchhöhle. Die rechten Adnexe werden abgebunden und entfernt. Aus dem Douglas wird eine

Quantität Blut entfernt; eine grössere Menge bleibt im Douglas zurück.

Verlauf: 25. V. Reaktionsloser Verlauf. Patient muss 2mal täglich kathetrisiert werden. 31. V. Patientin wird geheilt entlassen.

Präparat: Die rechte Tube ist in ihrem mittleren Teil zu einem vor der Ruptur etwa apfelgrossen Tumor ausgedehnt, der eine rauhe, weiche Innenfläche aufweist. Der Foetus ist ca. 4 cm lang.

Fall 12. Bäckermeisterfrau M. K., 33 Jahre. Anamnese: I para; 2 Aborte mens III, letzter Abort vor 14 Tagen. Menses immer unregelmässig gewesen. Letzte Periode Anfang März 98. Anfang Mai Abgang eines Hautstückes bei 2tägiger Blutung. Einige Tage vor und am Tage nach Abgang des Stückes krampfartige Schmerzen im Unterleib. Bis ca. 14 Tage vor dem Abort hatte Pat. mehrere Anfälle von krampfartigen Schmerzen

Status: 21. V. 98. Im Introitus eine grosse Menge eingedickten Sekretes. Der Uterus scheint retroflektiert zu liegen. Im rechten Parametrium und im Douglas findet man eine auf Druck empfindliche Resistenz, die das ganze rechte Parametrium ausfüllt. Uterus ist in der Beweglichkeit beschränkt. Das linke Parametrium ist frei. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 23. VI. Der Tumor ist circumscripter und härter geworden. — 6. VII. Patient wird bei gutem Befunde entlassen.

Fall 13. Schuhmachersfrau B Z., 26 Jahre. Anamnese: II para. Die Menses waren stets regelmässig. Nach der normalen Geburt vor 3 Jahren blieb die Periode 8 Monate aus, um darauf 3 Monate wieder einzutreten. Dann blieb sie wieder 4 Monate aus. Patient hielt sich für schwanger. Der Leib wurde besonders in

der linken Hälfte stärker. Nachdem die Periode 4 Monate ausgeblieben war, ging eine fingerlange Haut ohne Schmerzen ab. Einen Monat später wieder Eintritt der Periode unter starken, krampfartigen Schmerzen im Kreuz und im Unterleib.

Status: 6. VI. 98. Uterus klein, in normaler Lage. Links unmittelbar unter dem queren Schambeinast fühlt man einen etwa feigengrossen harten, beweglichen Tumor, der auf Druck schmerzhaft ist. Beide Parametrien sind frei. Diagnose: Extrauteringravidität.

Operation: 13. VI. (Prof. Winter.) Laparotomie in Beckenhochlagerung. Links wird ein hühnereigrosser Tumor sichtbar, der aus dem kolbigen linken rudimentären Nebenhorn eines Uterus bicornis, den scheinbar normalen Adnexen derselben Seite und verschiedenen Knochen eines extrauterin liegenden Foetus besteht. Mit den Knochen ist das Netz adhaerent, von dem eine Partie abgebunden wird. Foetus und Adnexe werden hochgehoben und am Uterushorn und Lig. infund.-pelvicum abgetragen.

Verlauf: 27. VI. Links in der Tiefe ist innerhalb der Bauchdecken eine handtellergrosse Resistenz fühlbar. Auf Druck auf dieselbe entleert sich aus den beiden obersten Stichkanälen braunrotes schleimiges Blut. — 21. VII. Patient wird entlassen.

Präparat: Rudimentäres Nebenhorn des Uterus von Taubengrösse. Kleine Ruptur oberhalb des Abganges der Tube. Tube und Ovarium normal. Unterhalb der Rupturstelle ein in Verkalkung befindlicher Foetus, an dem einzelne Knochen (Scapula, Humerus, Femur) und Kopf erkenntlich sind.

Fall 14. Kaufmannsfrau Ch. W., 32 Jahre. Anamnese: I para. Perioden stets unregelmässig und schmerzhaft. L. M. 6. III. 98. Nach einer 70 km weiten Wagenfahrt

trat am 16. IV. eine Blutung auf, die bis zum 12. V. dauerte. Es bestanden damals sehr heftige Schmerzen im Unterleib.

Status: 16. VI. 98. Uterus vergrössert, aufgerichtet. Rechts davon liegt ein knolliger Tumor, dessen oberer Teil walnussgross, fest und beweglich ist. Hinter dem Uterus ebenfalls ein verschieblicher knolliger Tumor. Alles ist durch Adhäsionen verbunden und gegen die Uteruswand verschieblich. Obere Grenze des Tumors in der Mittellinie steht in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, rechts in der Höhe der Darmbeinschaufel. Diagnose: Graviditas tubaria dextra; Haematocele peritubaria dextra et retrouterina.

Verlauf: 27. VII. Der Tumor ist wesentlich kleiner; Consistenz dieselbe. Pat. steht auf. Bei Bewegungen geringe Schmerzen in der rechten Seite. Da die letzte Periode sehr stark war, wird Patientin geraten, die nächste Periode in der Klinik abzuwarten. — 3. VIII. Periode gut überstanden. Die Tumoren sind nicht wesentlich kleiner geworden. Patient wird mit der Weisung entlassen, zu Hause Bäder mit Stassfurter Salz zu nehmen.

Fall 15. Hausbesitzersfrau Ch. B., 35 Jahre. Anamnese: III para. Menses stets regelmässig. L. M. 18. III. 98. Nach dem Ausbleiben der Periode fühlte sich Pat. jeden Morgen unwohl. Die Brüste wurden stärker. Am 8. IV. heftige schneidende Schmerzen im Unterleib, die sich anfallsweise wiederholten. Auf Anwendung von warmen Bädern und Umschlägen blieben die Anfälle bis zum 22. IV. aus. Dann traten wieder 14 Tage hindurch täglich heftige krampfartige, schneidende Schmerzen mit Ausbruch von kaltem Schweiss auf, allmählich an Intensität abnehmend. Am 27. IV. bemerkte Pat. rechts im Unterleib eine taubeneigrosse, runde, schmerzlose Geschwulst, die nach einigen Tagen ca. hühnereigross war. Seit jener Zeit wurde Pat. schwächer und blässer. Blut ist nie abgegangen.

Status: 18. VI. 98. Uterus anteponiert, etwas vergrössert, ein wenig weich. Rechts und hinter ihm ein fast kindskopfgrosser weicher Tumor, auf den die rechte Tube übergeht und dem rechts vorne noch eine kleinfingergrosse Prominenz aufsitzt. Schleimhaut der Vagina, des Introitus und der Portio bläulich verfärbt. Aus den Brüsten lässt sich kein Sekret ausdrücken. Diagnose: Graviditas tubaria dextra mens IV. mit lebender Frucht.

Verlauf: Patientin ist während der Untersuchung in der Poliklinik collabiert und wird in verfallenem Zustand auf die Station gebracht. Puls klein, frequent. — 19. VI. Der Puls ist besser. Der Tumor ist fast bis in Nabelhöhe gestiegen. Uterus ganz nach links gedrängt. — 20. VI. Blutabgang. — 23. VI. Unter wehenartigen Schmerzen wird eine Decidua ausgestossen. Die Blutung wird darauf schwächer. Befinden gut. — 26. VII. Die obere Kuppe der Geschwulst steht nicht mehr in der Höhe der Spina ant. super. Uterus dextroponiert und nach vorne gedrängt durch den prall elastischen, cystischen Tumor, der ungefähr Kindskopfgrösse hat. Der ganze Douglas wird von dem Tumor eingenommen. Die Wandung erscheint ziemlich derb, doch ist die Consistenz noch deutlich cystisch. Patientin wird mit der Weisung entlassen, nach 8—10 Wochen in die Poliklinik zu kommen.

Fall 16. Arbeitersfrau M. St., 37 Jahre. Anamnese: II para. L. M. 2. April 1898. In den ersten Tagen des Juni allmähliches Auftreten von mässigen Blutungen, die bis jetzt anhielten. Seit Beginn der Blutung starke nicht wehen- oder krampfartige Schmerzen im linken Unterleib, die in letzter Zeit etwas nachgelassen haben. Vor 14 Tagen, also 8 Tage nach Beginn der Blutung, ging unter krampfartigen Schmerzen ein »fleischartiges Stück« ab

Status: 22. VI. 98. Vagina und Portio aufgelockert. Uterus antevertiert, hart, nach rechts verdrängt, fast unbeweglich. Rechtes Parametrium frei. Im Douglas fühlt man, denselben leicht vorwölbend, die Kuppe eines hinter dem Uterus liegenden, scheinbar cystischen Tumors, der das ganze linke Parametrium ausfüllt und bis zur Beckenwand herangeht. Die Tumorgrenze lässt sich nach oben nicht mit Sicherheit abtasten Diagnose: Graviditas extrauterina; Haematocele retrouterina.

Verlauf: 13. VII. Der Uterus liegt in normaler Lage. Hinter ihm ist eine etwa faustgrosse, derbwandige, sich hauptsächlich nach rechts ausdehnende, cystische Geschwulst, die sich auch in den Douglas erstreckt. — 14. VII. Patientin wird mit der Weisung entlassen, sich alle 2—3 Wochen in der Poliklinik vorzustellen.

Fall 17. Kaufmannsfrau A. S., 36 Jahre. Anamnese: VII para. Seit der letzten Geburt ist die Periode sehr unregelmässig. L. M. vor $3^1/_2$ Monaten. Vor drei Wochen trat eine 14tägige Blutung ein, während der ein kleines Stück Haut abgegangen sein soll, und zwar unter heftigen plötzlichen Schmerzen. Seit 3 Wochen bestehen wehenartige Schmerzen.

Status: 13. VII. 98. Abdomen in den unteren Partien etwas vorgetrieben. Links fühlt man ungefähr in der Höhe der Spina anter. super. die Kuppe eines Tumors, rechts die eines zweiten. In der Einsenkung dazwischen ist deutlich der Fundus uteri zu fühlen. Portio dicht hinter der Symphyse. Uterus nach vorne gedrängt. Hintere Vaginalwand durch einen prall cystischen Tumor vorgewölbt. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 5. VIII. Uterus anteponiert. Hinter ihm, der vorderen Wand des Douglas entsprechend, eine ca. 1 cm dicke Platte von fester Consistenz, die sich von der

rechten Beckenwand bis zur linken Symphys. sacro-iliaca hinzieht und dem Uterus fest anliegt. Rechts hinter dem Uterus ein faustgrosser beweglicher Tumor, der mit dem rechten Uterushorn durch einen daumendicken Strang in Verbindung steht. Patientin steht auf. — 25. VIII. Der Palpationsbefund hat sich gegen den vom 5. VIII. nicht merklich geändert. Patientin wird mit der Weisung entlassen, Salzbäder zu nehmen und sich Spülungen zu machen.

Fall 18. Schreibersfrau M. St., 34 Jahre. Anamnese: 0. para. L. M. vor 4 Monaten. 14 Tage nach der letzten Periode leichte Schmerzen im rechten Unterleib. Vor $2^1/_2$ Monaten heftige krampfartige Schmerzen, so dass Patientin das Bett hüten musste. Zugleich mehr oder minder heftige Blutung, die bis heute anhielt. Abgang einer Haut ist nicht bemerkt. Vermehrter Harndrang.

Status: 2. VIII. 98. Das Abdomen ist vorgetrieben durch einen prall elastischen Tumor, der bis ein Querfinger unterhalb des Nabels reicht. Portio aufgelockert, dicht hinter der Symphyse. Uterus eleviert, nach vorne gedrängt. Der Douglas wird durch einen grossen prall elastischen Tumor ausgefüllt, der das ganze kleine Becken einnimmt und mit dem oben beschriebenen Tumor in Verbindung steht. Diagnose: Graviditas extrauterina.

Verlauf: 9. IX. Die Untersuchung ergibt in dem Douglastumor einen festen Körper, der sich unabhängig von Puls und Atmung der Patientin bewegt. Über der Symphyse sind in der Mittellinie fötale Herztöne (148 p. M.) hörbar. Sofortige Laparotomie angeraten.

Operation: den 10. IX. 98. (Dr. Stern.) Laparotomie. Ein über mannskopfgrosser Tumor stellt sich ein, der links aus dem Uterus, rechts aus dem prall gespannten Fruchtsack besteht. Tube und Lig. rotundum werden unterbunden und abgetrennt. Der Fruchtsack wird aus-

geräumt und bis auf einen Teil im Douglas, der aus verdicktem Peritoneum besteht, exstirpiert. Der Foetus entspricht dem 7. Monat.

15. IX. Abgang einer Decidua. — 8. X. 98. Entlassungsstatus: Uterus retrovertiert. Rechts: Im Parametrium und hinter dem Uterus sitzt bis zur Beckenwand ein hartes Infiltrat. Linkes Parametrium frei. — 9. X. Entlassung mit heissen Spülungen und Ichthyoltampons.

Präparat: Foetus von 28 cm Länge. Rechte Seite des Gesichts und hintere Schädelpartie abgeplattet, so dass der Schädel von oben ein dreieckiges Aussehen hat. Rechtes Bein vollständig nach innen gedreht, rechter Fuss abgeplattet. Placenta bei der Herausnahme des Fruchtsackes stark zerfetzt. Segelartig sich anspannende Hautfalten hindern die Bewegungen der Extremitäten des Foetus.

Fall 19. Bureauassistentenfrau M. B., 25 J. Anamnese: I para. L. M. 4. VII. 98. Vor 3 Wochen hat Pat. schwer gehoben und mässige Kreuzschmerzen bekommen. Sie will damals deutlich blässer geworden sein. Am 6. VIII. bekam Pat. plötzlich krampfartige Schmerzen in der rechten Unterleibsseite mit geringem Blutabgang. Am nächsten Tage und nach 5 Tagen erneute Anfälle. Am 13. VIII. gingen unter wehenartigen Schmerzen zwei längliche hellrote Hautstücke ab. Urinentleerung war in letzter Zeit schmerzhaft.

Status: 15. VIII. 98. Leicht anämische Hautfarbe. Abdomen in den unteren Partien druckempfindlich. Introitus und Vagina mit schwarzrotem Blut bedeckt, leicht livid verfärbt. Uterus nicht wesentlich vergrössert, sinistro-anteponiert, hart. Rechts und hinter ihm ein faustgrosser cystischer Tumor, der an der unteren Seite eine starke Einbuchtung erkennen lässt. Diagnose: Graviditas tubaria dextra; Haematocele retrouterina.

Da ein Bluterguss im Douglas nicht nachweisbar ist und der Tumor sich nicht verändert, Pat. aber häufig über Kreuzschmerzen klagt, wird eine Unterbrechung der Gravidität nicht angenommen und zur Laparotomie geschritten.

Operation: 20. VIII. (Dr. Schröder.) Es quillt sofort die ca. daumendicke Tube vor, deren Ostium das erbsengrosse Ei wie ein Eierbecher umfasst. Das Ei wird leicht abgelöst, rechte Tube und Ovarium unterbunden und abgetragen. Aus einer Haematocele retrouterina wird eine Quantität Blut entfernt und der Blutsack soweit wie möglich abgetragen.

Präparat: Tube und Ovarium wird vom Uterus abgetragen. Die Tube ist ungefähr 4 cm lang, bleifederdick, um sich dann plötzlich zu einer Höhle zu erweitern. Diese Höhle ist von zerfetzten Rändern umgeben. Eireste sind in der Höhle nicht nachweisbar. Ein etwas gänseeigrosser Tumor von unregelmässiger Gestalt erweist sich auf dem Durchschnitt als aus geronnenem Blut bestehend. Foetalteile nicht auffindbar.

Fall 20. Zimmermannsfrau M. B., 34 Jahre Anamnese: I para. L. M. Ende Juli c. Im August blieb die Periode aus. Mitte September geringe Blutung unter krampfartigen Schmerzen, so dass Pat. weder gehen noch stehen konnte. Seit der Zeit oft Schmerzen und geringer Blutabgang. Vor 10 Tagen Abgang eines Hautstückes.

Status: 29. IX. 98. Uterus etwas nach links verdrängt. Mit der rechten Uteruskante breit verbunden ein faustgrosser, prall cystischer Tumor von nicht ganz glatter Oberfläche, auf dessen unterer Kuppe die Scheidenarterien stark pulsieren, dessen obere Grenze sich nicht deutlich abtasten lässt. Diagnose: Graviditas extrauterina.

Verlauf: 1. X. 98. Vor dem Uterus ist ein fingerförmiger Ausläufer des Tumors fühlbar. — 4. X. Der

Tumor zeigt nicht mehr die prall cystische Consistenz; er erscheint etwas nach oben gerückt, verkleinert.

Operation: 8. X. 98. (Prof Winter.) Flüssiges schwarzes Blut in der freien Bauchhöhle, herstammend aus einer frischen Ruptur einer rechtsseitigen peritubaren Haematocele. Rechte Tube verdickt, enthält noch das Ei und Blut. Abtragen von 2 Dritteln derselben unter Zurücklassung des Ovarium. Auslösung der Haematocele schwer wegen alter perimetritischer Verwachsungen.

Präparat: Der Tumor erweist sich als die zu Hühnereigrösse ausgedehnte Tube. Die Anschwellung ist in der Gegend des Infundibulum. Blutkoagula bedecken den Tumor zum Teil. Der proximale Teil der Tube erscheint unverändert.

Fall 21. Mühlenbesitzersfrau H. S., 40 J. Anamnese: IX para. L. M. vor 3 Tagen. Pat fühlt sich seit 6 Wochen krank. Von Zeit zu Zeit hat sie plötzliche krampfartige Schmerzen im Unterleib. Vor 4 Wochen wurden plötzlich die Schmerzen stärker und das Abdomen empfindlich. Gleichzeitig begannen Blutungen, 7 Tage hindurch spärlich, dann stärker werdend.

Status: 18. X. 98. Uterus erscheint vergrössert, nach rechts verlagert. Hinter dem Uterus, in breiter Verbindung mit ihm stehend und ihn etwas nach oben drängend, ein fast faustgrosser Tumor von cystischer Consistenz, der nicht bis ganz an die Beckenwand herangeht und dessen obere Grenze sich nicht mit Sicherheit bestimmen lässt. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 11. XI. Der Tumor ist kleiner und flacher geworden. Pat. wird auf eigenen Wunsch am 12. XI. entlassen.

Fall 22. Kaufmannsfrau S. F., 26 J. Anamnese: 0 para. Die Menses waren stets regelmässig. L. M. vor

11—12 Wochen. In der Nacht vom 1. zum 2. IX. traten Erbrechen, Durchfall und Schmerzen im Leib auf, die am Abend des 2. IX. aufhörten. Seit dem 27. VIII. blutete Pat. dauernd bis zum 22. IX. Am 26. IX. und am 28. IX. erneute Blutung. Am 6. X. traten plötzlich heftige schneidende Schmerzen auf. Am 19. X. wurde Pat. mit Schmerzen in der rechten Unterleibsseite aufgenommen.

Status: 19. X. 98. Das Abdomen ist durch einen prallcystischen Tumor etwas vorgewölbt, dessen obere Kuppe in Nabelhöhe steht. Uterus nach vorne verdrängt, die Portio steht hinter der Symphyse. Hinter dem Uterus ein das kleine Becken ausfüllender, in den obenerwähnten Tumor übergehender cystischer Tumor. Die Kuppe desselben zeigt einige Unebenheiten. Die Untersuchung ist schmerzhaft. Diagnose: Haematocele retrouterina, in Vereiterung begriffen.

Operation: 26. X. 98 (Prof. Winter.) In Narkose wird das hintere Scheidengewölbe mit dem Paguelin durchtrennt. Eröffnung der Haematocele. Abfluss von ca. $^1/_2$ Liter einer übelriechenden blutigmissfarbenen Flüssigkeit, die Gerinnsel enthält. Der Abfluss wird durch leichten Druck vom Abdomen her unterstützt. Drainage.

Verlauf: Patientin wird nach der Operation auf die septische Station verlegt. Am 28. X. 7 h. a. m. plötzlicher Collaps. Eine Blutung in die Bauchhöhle ist nicht nachweisbar. Trotz reichlicher Verabreichung der verschiedensten Excitantien verschlechtert sich der Zustand mehr und mehr. — $12^1/_4$ h. p. m. Exitus. Section wird verweigert.

Fall 23. Chausseeaufsehersfrau W. P., 39 Jahre. Anamnese: III para. Letzte regelmässige Periode am 2. V. 99. Am 28. V. traten plötzlich heftige Schmerzen in der rechten Unterleibsseite auf. Am 1. VI. begann eine 4tägige Blutung mit starken Kreuz- und Leib-

schmerzen. Am 3. VI. ging unter schneidenden Schmerzen ein weisses fasriges Fleischstück ab.

Status: 12. VI. 99. Vaginalschleimhaut wenig bläulich verfärbt. Die nach hinten gerichtete Portio geht in einen prallelastischen Tumor über, der leicht beweglich nach rechts hinüber liegt und in seiner Grösse dem Uterus gravidus in der 16. Woche entspricht. Die Adnexe sind nicht abzutasten. — Aus beiden Brüsten lässt sich Colostrum ausdrücken. — d. 13. VI. Von dem rechtsliegenden Tumor lässt sich heute deutlich der Fundus uteri abgrenzen. Der Tumor steht mit dem Uterus in breiter Verbindung. Diagnose: Graviditas tubaria dextra; Haematocele peritubaria dextra.

Verlauf: 18. VI. Nachmittags treten Schmerzen im Unterleib und Kreuz auf, die etwa eine Stunde anhalten. Der Tumor scheint höher in das grosse Becken hinaufgestiegen zu sein. Er fühlt sich praller und härter an.

Operation: 24. VI. (Prof. Winter.) Laparotomie. Über dem rechtsseitigen faustgrossen Tumor liegen Dünndarmschlingen. Stumpfe und scharfe Lösung der Adhäsionen. Unterbindung des Lig. infund.-pelvicum und der uterinen Verbindungsstränge des Tumors. Entfernung des rupturierten, sehr brüchigen Tumors, der aus altem geronnenem Blut besteht. Entfernung mehrerer Gerinnsel. 12. VII. 99. Uterus retroponiert, im ganzen etwas fixiert. An der Stelle der früheren Haematocele fühlt man eine weiche Resistenz. — 16. VII. Entlassung.

Präparat: Gut faustgrosser, rundlicher Tumor, an der Oberfläche von Peritoneum bekleidet. An einer Stelle findet sich eine Rupturöffnung, aus der Blutcoagula heraushängen. An der einen Seite des Tumors sind die Fimbrien, an der anderen das abgeschnittene uterine Ende der Tube nachweisbar. Auf dem Durchschnitt sieht man die

Eihöhle; um dieselbe herum teils ältere, teils frischere Blutungen. Die Ruptur führt in das Lig. latum hinein.

Fall 24. Instmannsfrau W. L., 38 Jahre. Anamnese: III. para. L. M. 8. Juni 99. Seitdem fühlte sich Patientin schwanger. Anfang Dezember traten Kindsbewegungen auf. Im Anfang Februar hatte Patientin 12 Stunden hindurch heftige Krampfwehen. Am 25. II. traten wieder Wehen auf, die bis zum nächsten Tage dauerten. Patientin hatte das Gefühl, als wollte das Kind zur Seite herauskommen. Am nächsten Tage Aufhören der Wehen unter Frostgefühl. Die Kindsbewegungen wurden sehr stark und hörten dann ganz auf. Am selben Tage trat eine 2tägige Blutung ein. Patientin fühlte sich sehr schwach und lag bis Anfang Mai zu Bett.

Status: 28. VI. 99. Im Abdomen fühlt man einen Tumor, der von links oben nach rechts unten verläuft; er fühlt sich wie ein dicht unter der Bauchdecke liegendes Kind an: Links oben der Steiss, dicht daneben eine Ferse und Vorsprünge anderer kleiner Teile. In der rechten Regio hypogastrica eine weiche Schwellung, die sich von ersterer nicht abgrenzen lässt. Uterus antevertiert, nach rechts verdrängt durch einen Tumor, der bestimmt der Kindskopf ist. Diagnose: Graviditas extrauterina rupta.

Verlauf: 30. VI. Eintritt der Menses.

Operation: 1. VII. (Prof. Winter.) Laparotomie. Es erscheint die obere Kuppe des noch von dem Fruchtsack bedeckten Kindes. Zahlreiche Adhäsionen werden ohne Blutung gelöst. Dabei rupturiert der Fruchtsack und entleert etwas grünbräunliches, nicht riechendes Fruchtwasser. Der weiche Tumor rechts war die Placenta. Ihre Verbindung wird an der linken Uteruskante unterbunden und sie mit Fruchtsack exstirpiert.

25. VII. 99. Uterus sinistroponiert. Parametrien und Adnexe frei. Links hinter dem Uterus ein ca. hühnereigrosses Exsudat. Entlassung.

Präparat: Doppeltkindskopfgrosser, rundlicher Tumor, bestehend aus der zum Fruchtsack ausgedehnten linken Tube. Das uterine Stück der Tube ist unverändert. Am abdominellen Ende grosse Rupturöffnung, aus der die fötale Fläche der Placenta herausquillt. Macerierte Frucht von 47 cm Länge.

Fall 25. Schachtmeistersfrau E. K., 26 Jahre Anamnese: II para. Menses stets regelmässig. L. M. vor 3 Wochen, 10 Tage dauernd. Nach der letzten Periode hatte Patientin sehr starke Kreuzschmerzen, die auf Umschläge nachliessen. Vor 7 Tagen plötzlich starker, schmerzhafter Urindrang. Vor 5 Tagen wurden die Urinbeschwerden immer stärker und dauerten bis gestern. Patientin gibt an, nach der letzten Periode eine schwere Wanne gehoben zu haben und darauf in der Nacht die starken Schmerzen bekommen zu haben.

Status: 2. VII. Blase auf Mannskopfgrösse prall gefüllt. Die Portio steht am oberen Rand der Symphyse, die Urethra comprimierend. Uterus nach vorne gedrängt durch einen hinter ihm liegenden, die linke Vaginalwand stark verwölbenden, cystischen Tumor, der mit seinem unteren Pol ins kleine Becken ragt, sich rechts bis zur Höhe der Spina anterior snperior erstreckt und links fast ebenso hoch in das grosse Becken hinaufragt. Links Parametrium straff gespannt und infiltriert. Per rectum fühlt man auch die cystische untere Kuppe des Tumors. Diagnose: Haemetocele retrouterina; Ischiuria paradoxa.

Verlauf: Befund am Tumor derselbe. Auf dem Tumor fühlt man eine wurstförmige Resistenz, die als Tube

angesprochen wird. Probepunktion von der Vagina aus ergibt schwarzrotes, flüssiges Blut.

Operation: 29. VIII. (Prof. Winter.) Laparotomie. Lösung zahlreicher Adhäsionen zwischen Dünndarm, Flexur, Uterus und Fruchtsack. Ausschälen des Fruchtsackes. Im Douglas sind zwei besonders abgekapselte Haematocelenhöhlen zu finden. Unterbindung des rechten Lig. infund.-pelvicum und der rechten Tube am Uterus. Exstirpation der rechten Adnexe.

14. VIII. Patientin steht auf. — 18. VIII. Uterus etwas fixiert. Links hinter ihm eine diffuse Verhärtung; kein Exsudat. — 19. VIII. Entlassung.

Präparat: Schwach faustgrosser, unregelmässig geformter, zerfetzter Tumor, der in der Hauptsache aus koaguliertem, z. T. organisiertem Blut besteht. Die Tube ist von Bleifederdicke bis gut Hühnereidicke angeschwollen. In der Nähe des abdominellen Ostiums ist eine vollkommene Ruptur vorhanden, aus der Blutcoagula heraushängen.

Fall 26. Bierfahrersfrau J. K., 35 Jahre. Anamnese: III para. L. M. 15. Mai 1899. Am 25. Juni begann eine mässige Blutung. Gleichzeitig traten geringe Schmerzen im rechten Unterleib auf. Vor 12 Tagen diagnosticierte ein Arzt Retention von Abortresten und schickte Patientin, da die gegebene Medizin die Blutung nicht zum Stehen brachte, in die Klinik.

Status: 21. VIII. Vagina nicht besonders aufgelockert. Uterus etwas dextrovertiert durch einen gänseeigrossen Tumor von unregelmässiger Gestalt. Der Vagina anliegend ein daumendicker, wurstförmiger, geschlängelt verlaufender Teil des Tumors, der nach dem abdominellen Ende der Tube hin hühnereigross wird. Aus der Vagina entleert sich mit Schleim vermischtes braunrotes Blut.

Diagnose: Graviditas extrauterina; Haematocele peritubaria dextra.

Operation: 29. VII. (Prof. Winter.) Laparotomie. Rechte Tube bis an das abdominelle Ende daumendick. Nicht ganz faustgrosse Haematocele peritubaria. Lösung von Adhäsionen derselben mit Dünndarmschlingen. In dem schwarzen koagulierten Blutgerinnsel wird das abdominelle Ende der Tube sichtbar. Unterbindung der rechten Tube. des Lig. infund.-pelvicum und des dazwischen liegenden Teiles des Lig. latum. Abtragung der rechten Tube.

19. VIII. Uterus normal gelagert, vielleicht etwas nach rechts gezogen. Keine Infiltration. Entlassung.

Präparat: Der Tumor besteht aus der Tube, die am uterinen Ende unverändert ist, um dann spindelförmig auf über Fingerdicke anzuschwellen. Auf der Aussenfläche sitzen Blutcoagula, die auch aus dem Fimbrientrichter hervordrängen.

Fall 27. Uhrmachersfrau A. W., 39 Jahre. Anamnese: V para. Menses stets regelmässig. L. M. 17. IX. Drei Tage nach Aufhören der letzten Periode trat eine 14tägige Blutung mit geringen Schmerzen auf. Nach einer wegen der Blutung von einem Arzt unternommenen Curettage blutete Patientin noch stärker. Sie will in letzter Zeit stark abgemagert sein und auf der Fahrt zur Klinik 2 Ohnmachtsanfälle gehabt haben.

Status: 1. X. 99. Uterus retrovertiert, nicht deutlich abgrenzbar. Linkes Parametrium weich eindrückbar. Das rechte Parametrium erscheint etwas straffer und verkürzt. An den Adnexen nichts Besonderes. Diagnose: Adenocarcinoma uteri operabile (gestellt nach Mitteilung des pathologischen Institutes); Haematocele retrouterina (gestellt nach der Operation).

Operation: 3. X. (Dr. Richter.) Vaginale Operation. Umschneiden der Portio. Bei Eröffnung des hinteren Douglas fliesst altes Blut ab. Unterbindung der Parametrien. Eröffnen des vorderen Douglas. Hervorziehen des Uterus. Rechte Tube ist fingerdick mit Blut gefüllt. Abbinden derselben und des rechten Lig. latum.

Ein Präparat ist nicht vorhanden.

Fall 28. Instmannsfrau B. G., 36 Jahre. Anamnese: IV para. Letzte Menstruation Mitte Mai, einen Tag dauernd, schwach. Mitte Juli Abgang 2 kleiner Hautstücke. Ende Juli plötzlich ein sehr starker Schmerzanfall, wobei Patientin hinstürzte. Seit August dauernde Blutung, Unterleib- und Kreuzschmerzen, letztere besonders nachts. Ende August wieder ein plötzlicher, heftiger Schmerzanfall. Seit 14 Tagen sind die Schmerzen verschwunden.

Status: 10. X. 99. Unterer Teil des Abdomens aufgetrieben. Portio steht rechts hinter der Symphyse. Uterus stark anteponiert; Fundus in halber Höhe zwischen Nabel und Symphyse. Dahinter ein Tumor, der den grössten Teil des Beckens ausfüllt, der hinteren Fläche des Uterus fest anliegt und nur die Kuppe freilässt. Er scheint von den rechten Adnexen auszugehen und geht bis an die rechte Darmbeinschaufel. Rechts ist seine obere Grenze in der Höhe des Nabels. Deutliche Fluktuation, geringe Druckempfindlichkeit. Diagnose: Graviditas tubaria dextra; Haematocele.

Verlauf: 2. XI. 99. Tumor bedeutend kleiner geworden. Consistenz solide. Ichthyolglycerin — 5. XI. 99. Mit Verhaltungsmassregeln und Ichthyolglycerin entlassen.

Fall 29. Kaufmannsfrau A. St., 33 Jahre. Anamnese: IV para. Menses stets regelmässig. L. M. Mitte Juni 1899. Mitte August trat eine Blutung ein, an deren 3 Tage eine Haut abging, die auf einer Seite glatt, auf der anderen

rauh war. 5 Tage nach Aufhören der 5tägigen Blutung abends plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib, die ca. 1 Stunde dauerten. 3 Tage später ein ähnlicher, ca. $1^1/_2$ Stunden dauernder Schmerzanfall. Am nächsten Tage wieder ein sehr heftiger, $1^1/_2$ Stunden dauernder Anfall. Den Angehörigen fiel die starke Blässe der Patientin auf. Patientin fühlte sich nach diesem Anfall sehr voll. Nach 4 Tagen ein neuer Anfall. Patientin wird blässer und schwächer. Nach drei Tagen ein leichterer, nach 8 Tagen wieder ein sehr heftiger Anfall. Während sämtlicher Anfälle keine Blutung. Am 20. IX. kehrte die Periode wieder normal zurück. Patientin kam langsam wieder zu Kräften. Nach 8 Tagen wieder eine 5tägige Blutung, desgleichen nach 14 Tagen.

Status: 7. XI. Anämisches, heruntergekommenes Aussehen. Uterus normal gross. Von der ganzen rechten Uteruskante geht breit ein walzenförmiger Tumor bis an die Beckenwand. Obere Grenze in der Höhe der Spina anter. super. Consistenz weich mit härteren Partien. Links scheint das Ovarium etwas vergrössert. Diagnose: Haematocele peritubaria dextra.

Verlauf: 25. XI. Tumor bedeutend kleiner, nicht mehr walzenförmig, sondern deutlich flach, dem Lig. latum entsprechend; kleinfingerdick. An der Basis des Lig. latum ist er dicker. Am obersten Teil kann man die Tube unterscheiden. Der Uterus ist beweglicher. Seine rechte Seitenkante tritt, besonders oben, etwas deutlicher hervor. — Entlassung.

Fall 30. Hökersfrau E. M., 43 Jahre. Anamnese: IX para. L. M. Anfang November 99. Es ging ein ca. 8 cm langes, 3—4 cm breites Hautstück ab. Am 13. XII. morgens anfallsweise stechende Schmerzen im Unterleib. Vom 15. bis 20. XII. geringer blutiger Ausfluss. Am 20.

und 21. XII. stärkere Blutung. 1.—3. I. 00 wieder geringe Blutung. Wegen der zunehmenden Schmerzen schickt ein Arzt Patientin in die Klinik.

Status: 5. I. 00. Anämische Hautfarbe. Uterus nicht vergrössert, dextroponiert durch einen mannskopfgrossen Tumor, der fast bis zum Nabel reicht. Der Tumor tritt breit an die linke Kante des Uterus heran. Consistenz teils hart, teils weich. Seitwärts geht der Tumor bis fast an die Spina ant. sup. heran. Er ist sehr schmerzhaft. Beweglichkeit des Uterus aufgehoben. Der grösste Teil des Tumors liegt oberhalb des kleinen Beckens. Diagnose: Haematocele peritubaria sinistra.

Verlauf: 8. II. Tumor bedeutend kleiner. Obere Kuppe 2 Querfinger über der Symphyse. Oberfläche unregelmässig, knollig. Gestalt länglich. Consistenz in den meisten Partien hart. — 21. II. Patientin wird mit der Weisung entlassen, Salzbäder zu nehmen und sich von der Hebamme Ichthyolglycerintampons einlegen zu lassen.

Fall 31. Bäckersfrau Z. A., 42 Jahre alt. Anamnese: VII para. L. M. Ende Januar 99. Ende Februar 99 blieb die Periode aus. Patientin hielt sich für schwanger. Ende März 10tägige Blutung mit Abgang eines dünnen 1 Finger langen, 2 Querfinger breiten Häutchens. Erbrechen, Fieber, Schmerzen im Kreuz und Leib bis zum Sommer. Seit 25 Tagen anhaltende Blutung mit zeitweiligen Schmerzen. Die Schwellung des Leibes ist entsprechend der Dauer der Gravidität stärker geworden. Kindsbewegungen, lebhafter und schmerzhafter als früher, glaubt Patientin seit dem Juli bemerkt zu haben; dieselben bestehen noch.

Status: 18. I. 00. Im Abdomen liegt ein Tumor von weicher Consistenz; an einzelnen Stellen fühlt man härtere Partien. Unterhalb des Nabels, etwas rechts von

der Mittellinie, fühlt die palpierende Hand ein eigenartiges Knirschen. Corpus uteri scheint vorne zu liegen. In welcher Verbindung der Uterus zu dem Tumor steht, der oberhalb des Beckens liegt, ist nicht zu eruieren. Aus der Mamma spritzt die Milch auf Druck im Strahl. — 30. I. Narkosenuntersuchung. Rechts oben im Tumor eine extremitätenähnliche Resistenz. Uterus verlängert, verbreitert. Der Tumor steht rechts hinten in breiter Verbindung mit dem Uterus. Diagnose: Graviditas tubaria dextra.

Operation: 6. II. 00. (Prof. Winter.) Laparotomie. Es stellt sich der von der rechten Seite ausgehende Fruchtsack ein. Adhäsionen mit Netz und Dünndarm werden stumpf gelöst. Der Fruchtsack hat sich gestielt entwickelt. Er ist mit dem Lig. latum und mit der hinteren Uteruswand verwachsen. Nach vollständiger Ausschälung erscheint er wie ein gestielter Ovarialtumor. Er wird am Lig. latum abgebunden. Während der Ausschälung platzt der Fruchtsack und entleert etwas bräunlich-grünes, nicht riechendes Fruchtwasser.

Verlauf: 27. II. Patientin steht auf. 10. III. Entlassungsstatus: Uterus von normaler Grösse, dextroponiert. Rechts vom Uterus, breit an die ganze rechte Seitenkante herangehend, ein ca. hühnereigrosser, harter Tumor. Linke Seite frei. Rechtsseitiges Exsudat.

Präparat: Rundlicher Tumor von teils derber, teils ganz zarter, durchscheinender Oberfläche, so dass an einzelnen Stellen Kindsteile durchschimmern. Die Placenta springt keilförmig in das Innere vor. Der Foetus entspricht dem IX. Monat.

Fall 32. Arbeitersfrau W. A., 35 Jahre. Anamnese: III para. L. M. Mitte Februar 1900. Patientin fiel vor 3 Tagen auf das Gesäss. Etwa 4 Stunden darauf starke Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite des Unter-

leibes; ca. 18 Stunden später trat eine Blutung ein, die in Zwischenräumen von einigen Stunden bis heute anhielt. Patientin bemerkte, dass sie blässer und schwächer wurde. Die Schmerzen sind seit heute früh verschwunden.

Status: 19. III. 00. Portio dicht hinter dem oberen Rand der Symphyse. Uterus nicht vergrössert, eleviert und anteponiert durch einen mannskopfgrossen Tumor, der den Uterus hinten und seitlich vollständig einbettet, den hinteren Douglas ausfüllt und ihn etwas vorbuchtet, und mit seiner oberen Kuppe in Nabelhöhe steht. Seitlich scheint der Tumor bis an die Beckenwand heranzugehen. Links ist auf seiner Kuppe ein fingerdicker Strang fühlbar. Oberfläche glatt, Form ziemlich rund, Consistenz mässig fest. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 19 III. Ordo: Bettruhe, Priessnitz. 24. IV. Befund kaum verändert. Patientin erhält jeden zweiten Tag ein Salzbad. 14. V. Der Tumor scheint etwas verkleinert. Consistenz hart. Scheinbar hat der Tumor eine feste Hülle gebildet. Es wird eine Operation vorgeschlagen.

19. V. 00. Operation: (Prof. Winter.) Laparotomie. Hinter dem elevierten Uterus stellt sich der von Dünndarmschlingen bedeckte Tumor ein. Lösung der Adhäsionen. Abbinden und Durchtrennen des Lig. infund.-pelvicum. Die Haematocelenkapsel rupturiert und entleert schwarze, nicht riechende Blutstücke, die entfernt werden. Der Tumor scheint von den rechten Adnexen auszugehen. Exstirpation derselben. Die linken Adnexe werden wegen starker Adhäsionen entfernt. Abtragung möglichst aller Fruchtsackfetzen.

11. VI. Uterus in starker Retroposition mit geringer Linksneigung des Fundus; hinten ist er breit fixiert. Keine Druckempfindlichkeit. Am linken Horn diffuse Verdickungen. Entlassung.

Präparat: a) Linke verdickte, etwas dilatierte, sonst unveränderte Tube. Ovarium, ohne Zusammenhang mit der Tube, die von blutigen, ablösbaren Massen umgeben ist. b) Fibröser offener Sack mit Blutgerinnseln, dem, ohne Communikation mit ihm, ein 3 cm langes Stück einer stark dilatierten Tube aufsitzt.

Fall 33. Arbeitersfrau E. W., 33 Jahre: Anamnese: 0 para. L. M. Anfang Januar 00. Mitte Januar traten, während Patientin nachts schlief, plötzlich krampfartige Schmerzen in dem rechten Unterleib auf, die 5 Stunden anhielten. Seit diesem Anfall hat Patientin noch 3 weitere gehabt, die $^1/_2$—1 Stunde dauerten. Patientin will seit dieser Zeit blässer sein. Sie lag dauernd zu Bett. Seit Anfang März geringe Blutung.

Status: 23. III. 00. Uterus von normaler Grösse, nicht verlagert. Vom rechten Uterushorn geht ein ca. taubeneigrosser, länglicher Tumor aus, der nach der Beckenwand hinzieht. Consistenz weich. Das laterale Ende fühlt sich verdickt und härter an. An den linken Adnexen nichts Besonderes. Diagnose: Graviditas tubaria dextra.

Verlauf: 25. III. Zwei neue Schmerzanfälle von $^1/_2$—1 Stunde Dauer. 26. III. trat ein neuer, schwächerer Anfall auf. Der Puls ist deutlich in die Höhe gegangen. Perkutorisch ist kein freies Blut in der Bauchhöhle nachweisbar. Der Tumor scheint etwas grösser geworden zu sein.

Operation: 27. III. (Prof. Winter.) Laparotomie. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich flüssiges Blut und ein etwa faustgrosses Gerinnsel in der Nähe der rechten Adnexe, das mit diesem locker zusammenhängt. Die rechte Tube ist aufgetrieben. Lig. infund.-pelvicum und rechte Adnexe werden nach Lösung der Adhäsionen abgebunden und abgetragen. Entfernung der Blutgerinnsel nach Möglichkeit.

24. IV. 00. Uterus retroponiert. In der Umgebung der exstirpierten Adnexe ausgedehnte Verwachsungen. — Entlassung.

Präparat: Halbfaustgrosser Tumor, bestehend aus der keulenförmig verdickten Tube und dem Ovarium. Die Tube ist an ihrem uterinen Ende unentfaltet. Die Anschwellung, die einen blutigen Inhalt durchschimmern lässt, liegt in der Mitte der Tube. Die Fimbrien sind entfaltet, der Tubentrichter zugänglich; aus demselben ragt ein kleines Blutcoagulum heraus.

Fall 34. Bureauassistentenfrau M. B., 28 Jahre. (Siehe Fall 19.) Anamnese: L. M. 20. I. 00. Am 4. III. 00. begann eine schwache Blutung, die 8 Tage, dann nach 2tägiger Pause bis heute anhält. Am 16. III. plötzlich heftige krampfhafte Schmerzen im Unterleib, die 8 Stunden anhielten. Am 17. III. neuer Anfall, 4 Stunden später ein dritter. Patientin wurde sehr blass. 3 Stunden darauf trat ein neuer 2 Stunden dauernder Anfall auf, bei dem Patientin blässer wurde; sie fühlte sich sehr elend. Seitdem kein Anfall mehr.

Status: 23. III. 00. Portio steht etwas weit vorne. Muttermund wenig eröffnet. Uterus normal gross, vorgedrängt durch einen Tumor, der hinter ihm liegt, den Douglas etwas vorwölbt und fast bis zum Nabel geht. Contouren des Tumors unbestimmt; Consistenz ziemlich weich. Genauere Untersuchung wegen Schmerzhaftigkeit des Abdomens nicht möglich. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: d. 24. und 25. III. erneute, 1 Stunde ca. dauernde Schmerzanfälle. — 26. III. findet sich bei der Untersuchung die ausgestossene Decidua in der Scheide vor. — d. 27., 28. und 29. III. wieder neue Schmerzanfälle. Das Aussehen der Patientin ist unverändert, der

Puls gut. — 25. IV. Uterus anteponiert, antevertiert. Hinter ihm ein kindskopfgrosser quer verlaufender Tumor von harter Consistenz. Seine Kuppe steht 4 Querfinger unterhalb des Nabels. Linkes Parametrium schmerzhaft. — 9. V. Der Tumor ist doppelt faustgross, sendet einen spitzen Fortsatz in den Douglas. Aus der Scheide braunrötlicher Ausfluss. Uterus liegt etwas nach links vorne. — 20. V. Patientin wird mit der Weisung entlassen, Salzbäder zu nehmen und sich alle 2—3 Wochen vorzustellen.

Fall 35. Hauptmannsfrau T. v. W., 35 Jahre. Anamnese: 1 Abort; L. M. 13. II. 00. Am 20. III. 00. unbedeutender Blutabgang. Seit dem 22. III. ständige Blutung. Kein Abgang von Stücken. Mitte April 4—5 Tage hintereinander krampfartige Schmerzen im linken Unterleib, hauptsächlich nach dem Essen; Übelkeit. Seit einigen Tagen hat Patientin links im Unterleib Schmerzen, als ob sich dort etwas umdrehe. Subjektive Graviditätssymptome nicht vorhanden. Appetit schlecht.

Status: d. 25. IV. 00. Portio steht rechts. Muttermund zeigt nach der Beckenwand. Uterus dextroponiert, leicht sinistrovertiert. Seine Lage ist bedingt durch einen Tumor von Taubeneigrösse, der empfindlich, beweglich, mässig fest und nicht cystisch ist. Umgebung des Tumors etwas empfindlich. Etwas blutiger Schleim in der Vagina. Diagnose: Graviditas tubaria sinistra.

Verlauf: 30. IV. Plötzlich heftige krampfartige Schmerzen im linken Unterleib. Im Laufe des Tages und der nächsten Nacht mehrere leichtere Anfälle. Anämie nicht beobachtet. — 6. V. Geringer Blutabgang aus der Vagina — 7. V. Uterus klein, noch mehr nach rechts und vorne verlagert. Tumor faustgross, entspricht den linken Adnexen; mässig hart, im oberen Teil etwas länglich geformt. Nach unten zu, im Douglas, fühlt man

einen spitzen, weichen Teil. - 19. V. Uterus anteponiert, dextroponiert. Links und hinten von ihm ein wurstförmiger Tumor, der ziemlich hart ist und Tubenform hat. Mässige Empfindlichkeit. Sehr viel pulsierende Scheidenarterien. — 20. V. Aus den Mammae lässt sich Milch ausdrücken. — 1. VII. Tumor neben dem Uterus gut taubeneigross. Im Douglas ein etwas diffuser Tumor, der an den ersteren herangeht. Patientin wird ohne Beschwerden entlassen.

Fall 36. Schmiedemeistersfrau L. W., 38 Jahre. Anamnese: III para; l. M. Mitte Februar 00. Mitte März plötzlich sehr heftige wehenartige Schmerzen in Kreuz und Unterleib, die mehrere Stunden anhielten. Patientin wurde ohnmächtig. 8 Tage später ein gleicher Anfall. - Vom 8.—15. April jeden Abend Schmerzen, die stets auf warme Überschläge bald vergingen. — 15. April geringe Blutung. Ein Arzt verordnete Pulver und Umschläge. Die Anfälle wurden darauf seltener und weniger heftig. Die Blutung blieb in geringem Grade bestehen. Am 19. IV. ging bei einem heftigen Schmerzanfall ein kleinfingerlanger Fetzen ab. Am 29. IV. ein sehr heftiger, den ganzen Tag dauernder Schmerzanfall. Seitdem keine Anfälle mehr, nur mässige Schmerzen, geringe Blutung. Seit dem 18. V. bis heute keine Stuhlentleerung mehr.

Status: 25. V. 00. Schlecht genährte Patientin, mässige Anämie. Zwei Querfinger unter dem Nabel ist die obere Kuppe eines Tumors fühlbar, der sich in ziemlich gerader Linie nach oben abgrenzen lässt. Portio unmittelbar hinter der Symphyse. Uterus scheint normal zu liegen, wenig vergrössert. Hintere Vaginalwand vorgewölbt durch die untere Kuppe des oben erwähnten Tumors. Die genannte Partie des Tumors ist von prall

elastischer Consistenz und lässt deutlich flüssigen Inhalt erkennen. Aus dem Uterus Abgang von flüssigem, nicht übelriechendem Blut. In dem sehr spärlichen Urinsediment einzelne rote Blutkörperchen. Kein Albumen. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 29. V. Narkosenuntersuchung: Uterus anteponiert, dicht hinter der Symphyse. Hinter ihm in breiter Ausdehnung ein kokosnussgrosser Tumor von festweicher Consistenz. Links oben auf dem Tumor die gefüllte Flexura sigmoidea fühlbar. — 19. VI. Narkosenuntersuchung: Es wird beobachtet, dass aus dem Rektum dünne, übelriechende, blutig gefärbte Flüssigkeit abgeht. Es wird Perforation der Haematocele in den Darm angenommen. Auflegen eines Sandsackes. — 10. VII. Uterus anteponiert, leicht retroponiert. Hinter ihm im Septum rectovaginale eine diffuse Verhärtung ohne bestimmte Grenzen. Von einem Tumor ist nichts mehr zu fühlen. — 13. VII. Entlassung.

Fall 37. Händlersfrau F. T., 39 Jahre. Anamnese: VIII para. Letzter Partus im April 1898. Im Sommer 1899, 4 Wochen nach der letzten Menstruation, starke Blutung mit geringen Schmerzen im Unterleib. Ein Arzt verordnete Tropfen und Pillen, worauf die Blutung nach 10 Tagen stand. Patientin war in der Folge sehr schwach, sonst aber beschwerdefrei. Vor 8 Wochen, 14 Tage nach der letzten Periode, heftige Schmerzen im Unterleib und Kreuz für einige Stunden. Eine Woche darauf wieder sehr heftige Schmerzen. Nach 2 Wochen sehr heftige Blutung mit Abgang von Stücken, die noch besteht. Ein Arzt machte heisse Spülungen. Patientin kam in der Ernährung sehr herunter.

Status: den 31. V. 00. Uterus in leichter Retrosinistroversion, anteponiert, nicht vergrössert. Rechts und

hinter ihm ist ein Tumor zu fühlen, der in die Gegend der rechten Adnexe reicht und ungefähr schwach faustgross ist. Er ist adhärent mit der Nachbarschaft, von festweicher Consistenz, mässig empfindlich. Die unteren Contouren sind etwas kantig. Abgang von bräunlichem Blut. Diagnose: Haematocele peritubaria.

Verlauf: 22. VI. Uterus retroponiert, etwas sinistrovertiert. Rechts hinter der Cervix fühlt man eine circumscripte Resistenz von Taubeneigrösse. Grössere Tumoren nicht mehr fühlbar. — 4. VII. Patientin befindet sich in leidlichem Kräftezustand. Uterus retroponiert, mit dem Fundus etwas nach links liegend. Rechts hinter dem Uterus ein harter, schwach taubeneigrosser Tumor, der ziemlich unbeweglich zu sein scheint. Entlassung.

Fall 38. Schuhmachersfrau L. G., 36 Jahre. Anamnese: II para. L. M. 23. IV. 00. Im Mai trat die Blutung 5 Tage später ein und hält bis jetzt an. In Abständen von 4—6 Tagen hat Patientin 6 plötzliche, sehr heftige, krampfartige Schmerzanfälle im linken Unterleib gehabt. Letzter Anfall vor 9 Tagen.

Status: Mässige Anämie. Aus der Vagina blutiger Ausfluss. Portio steht etwas rechts. Uterus leicht vergrössert, gestreckt, in Retroposition. Vor dem Uterus ein hühnereigrosser, beweglicher, schmerzhafter Tumor, der eine längliche Form hat und nach links eine Verbindung mit dem Uterus zu haben scheint. Linkes Parametrium etwas verdickt, schmerzhaft. Douglasfalten empfindlich. Diagnose: Graviditas tubaria sinistra.

Operation: den 16. VI. (Professor Winter.) Laparotomie. Geringe Quantität flüssigen Blutes und eine Anzahl Gerinnsel in der Nähe eines von den linken Adnexen ausgehenden Tumors. Adhäsionen zwischen Tumor und Dünndarm und Netz werden stumpf getrennt. Nachdem

der Tumor freigelegt ist, erweist er sich als die in ihrem abdominalen Ende erweiterte Tube, deren Trichter offen ist. $^1/_2$—$^2/_3$ des uterinen Teils der Tube ist normal. Unterbindung und Exstirpation der halben Tube unter Zurücklassung des Ovariums.

Verlauf: 9. VII. Uterus in Retroposition, nach links leicht fixiert. Links neben dem Uterus einige Adhäsionsstränge. Rechtes Parametrium frei. Entlassung.

Präparat: Der Tumor erweist sich als die in ihrem abdominellen Ende aufgetriebene Tube. Uterines Ende fehlt. Auf dem Durchschnitt sieht man, dass der Tumor mit Blut gefüllt ist. Eiteile sind nicht nachweisbar.

Fall 39. Kutscherfrau J. G., 32 Jahre. Anamnese: V para. L. M. 15. VII. 00. Die Regel war nach der letzten Entbindung (vor $^3/_4$ Jahren) schwach. Im Mai d. J. traf sie 6 Tage zu spät ein und war besonders stark. Es gingen grosse Stücke geronnenen Blutes ab. Patientin wurde damals ohnmächtig. Der Blutung gingen wehenartige Schmerzen voraus, die nach der Blutung aufhörten. Einige Tage später hob Patientin schwer. Wieder trat darauf eine 4tägige Blutung auf. Im Juni blieb die Periode ganz aus. Im Juli dauerte sie nur 2 Tage. — Seit 14 Tagen bestehen Schmerzen im linken Unterleib ohne Blutung. Ein Arzt diagnosticierte »Extrauteringravidität« und schickte die Patientin in die Klinik. Zur Zeit klagt Patientin über Schmerzen und Mattigkeit.

Status: d. 4. VIII. Mässige Anämie. Portio steht median. Uterus antevertiert, etwas retrodextroponiert. Hinter dem Uterus ein Tumor von festweicher Consistenz, der sich besonders nach links weit ausdehnt, an die Beckenwand herangeht, oben nicht abgrenzbar ist, unten ungefähr dem Douglas entspricht. Rechts neben dem Uterus ein hühnereigrosser Tumor; der im Verlauf der Tube zu liegen scheint,

ca. 5 cm vom Uterus. Abgang von leicht blutig gefärbter, schleimiger Flüssigkeit. Diagnose: Haematocele retrouterina bei rechtsseitiger Tubargravidität.

Verlauf: 17. VIII. Tumor kaum noch zu fühlen. Uterus noch mehr nach hinten gezogen. Der der Tube entsprechende Tumor ist nicht mehr palpabel. Auch vom Rektum aus kein Tumor mehr nachweisbar. — 24. VIII. Uterus gut abgrenzbar. Parametrien beiderseits noch etwas verdickt, besonders rechts. Im Douglas noch eine kleine Spange als Rest der alten Haematocele fühlbar. Keine Druckempfindlichkeit. — 26. VIII. Entlassung.

Fall 40. Notarsfrau A. S., 26 Jahre. Anamnese: I para. L. M. Ende Juli 00. Mitte Juli zum ersten Mal Magenkrampf und Erbrechen, das sich jetzt täglich wiederholte bis zum vermeintlichen Abort. Am 10. VIII. bekam Patientin nach Erregung und Anstrengung Schmerzen im Unterleib. Am 21. VIII. Blutung wie bei der Periode ohne Schmerzen. Am 22. VIII. ging eine dreieckige Haut ab, die der behandelnde Arzt für »Eihaut« erklärte. Am 23. VIII. Curettage. In den nächsten Stunden wehenartige Schmerzen. Darauf einige Zeit hindurch keine Blutung, keine Schmerzen. Am 12. IX. stand Patientin auf. Seitdem innerlich Schmerzen am Kreuzbein, bei Stuhlgang und Bewegungen. Schmerzen beim Urinieren traten kurz nach der Curettage auf.

Status: d. 16. IX. 00. Uterus klein, sinistroponiert. Vagina und Portio nicht aufgelockert. Rechts vom Uterus ein halbfaustgrosser, harter, solider Tumor. Diagnose: Rechtsseitige Tubargravidität.

Verlauf: 18. IX. Patientin hat einen leichten Schmerzanfall im Abdomen ohne bestimmte Lokalisation. — 19. IX. Erneuter Anfall; ziehende Schmerzen. Abgang blutiger Flüssigkeit. — 24. IX. Die Blutung hat bis jetzt

gedauert; sie sistiert nach Hydrastis. — 12. X. Patientin siedelt in die Privatklinik des Herrn Prof. Winter über.

Fall 41. Lehrersfrau M. F., 30 Jahre. Anamnese: II para. Anfang März 00 blieb die Regel aus. Am 25. III. bekam Patientin einige Stunden nach einer Wagenfahrt plötzlich sehr heftige Schmerzen im Unterleib auf 5—10 Minuten. Am nächsten Tage begann eine Blutung, die 14 Tage anhielt. Am 5. Tage der Blutung Abgang eines halbfingerlangen Hautstückes. Während der Blutung war Patientin sehr matt, nach derselben traten Schmerzen im Unterleib, besonders rechts auf. Stuhl- und Urinbeschwerden. Ein Arzt diagnosticierte während der Blutung »Abort«, später »Geschwulst im Unterleib«. Zur Zeit hat Patientin nur Schmerzen im rechten Unterleib.

Status: 11. X. 00. Portio mit weitem Muttermund. Uterus antevertiert, nicht vergrössert. Douglasfalten beiderseits etwas verkürzt, schmerzhaft. Rechtes Parametrium schmerzhaft. Diagnose: Parametritis posterior et dextra. — 12. X. 00. Narkosenuntersuchung: Gestalt, Grösse und Lage des Uterus normal. Linke Adnexe normal. An Stelle der rechten Adnexe ein $^3/_4$faustgrosser, ovaler, mässig weicher, prall cystischer Tumor, vor dem die rechte Tube fast bis zur Beckenwand zu verfolgen ist. Der Tumor ist mit ca. $^1/_3$ seiner Peripherie mit der Beckenwand verwachsen, dennoch mässig beweglich. Diagnose: Tubargravidität.

Operation: (Prof. Winter) den 18. X. Laparotomie. Von den rechten Adnexen ausgehend erscheint im Schnitt ein etwa faustgrosser Tumor von etwas länglicher Gestalt. Adhäsionen mit der hinteren Platte des Ligam. latum, dem Periton. parietale der hinteren Wand und der Flexura sigmoidea. Durchtrennung derselben. Der hervorgeholte Tumor erweist sich als aus zwei Teilen bestehend, einem

cystischen (Parovarialcyste) und einem mit altem Blut gefüllten Tubenstück. Unterbindung und Exstirpation des Tumors. Am Boden des Douglas ein über pflaumengrosses altes Blutgerinnsel. Ausschälung desselben. Linke Adnexe normal.

Verlauf: 29. X. Entfernung der Nähte. — 12. XI. Entlassungsbefund: Uterus etwas nach rechts hoch heraufgezogen, auf Druck etwas empfindlich; er ist an der Stelle fixiert, wo früher der Tumor gelegen hat. Patientin hat keine Beschwerden mehr. — 13. XI. Entlassung.

Präparat: a) Faustgrosser Tumor, bestehend aus einer kleinapfelgrossen prallen Cyste, die die Mesosalpinx entfaltet. Auf ihr mündet frei das abdominale Tubenende. 1—2 cm hinter demselben besitzt die Tube eine pflaumengrosse Anschwellung. Auf dieser ist die Tubenwand geplatzt, ein Blutkoagulum ragt aus der Rupturöffnung heraus. Uterine Tubenende normal. — b) Pflaumengrosser Tumor (Ei).

Fall 42. Schuhmachersfrau B. Sch., 24 Jahre. Anamnese: II para. L. M. 1. VI. 00. Bis Anfang August blieb die Regel aus; Patientin fühlte sich schwanger. Anfang August plötzlich heftige Schmerzen im Kreuz und im linken Unterleib. 14 Tage später fing Patientin an zu bluten. Einige Tage nach Beginn der Blutung Abgang zweier fingerlanger, zweifingerbreiter, grauroter Hautstücke. Die Blutung hat bis jetzt in wechselnder Stärke angehalten. Stärkere Schmerzen traten nur nach Anstrengung auf.

Status: den 24. X. 00. Uterus klein, etwas rechts von der Führungslinie, anteflektiert. Links neben dem Uterus in breiter Anlehnung an denselben ein ca. faustgrosser Tumor, der die linke Scheidenwand etwas vorwölbt und die Beckenwand nicht erreicht; Consistenz weich eindrückbar, prall cystisch. Geringe Beweglichkeit. Pulsation

der Scheidenarterien. Diagnose: Haematocele peritubaria sinistra.

Verlauf: Patientin wird wegen Tod ihrer Mutter auf eigenen Wunsch ungeheilt entlassen.

Fall 43. Mühlenmeistersfrau B. M., 31 Jahre. Anamnese: I para. L. M. 5. VIII. 00. Im Februar einige Tage vor der erwarteten Periode kneifende Schmerzen beim Stuhlgang. 8 Tage später plötzlich heftiger Krampf im Unterleib. Patientin wurde ohnmächtig. 3 Tage darauf (etwa 8 Tage zu spät) 8tägige Periodenblutung. Danach war Patientin wieder völlig gesund, nur ab und zu ein stechender Schmerz in der rechten Unterbauchgegend. Anfang September blieb die Regel aus. Am 9. IX. beim Stuhlgang kneifende Schmerzen im Unterleib. Am 15. IX. eine $^1/_2$ Stunde dauernde heftige krampfartige Schmerzen im rechten Unterleib. Schwindelgefühl und Erbrechen. 16. und 17. IX. je ein stärkerer Anfall. Patientin verlor zeitweilig das Bewusstsein. Die Schmerzen gingen in den nächsten Tagen zurück. Gefühl grosser Schwere im rechten Unterleib. Am 23. IX. fing Patientin an zu bluten. Am 25., 28., 29., 30., 31. IX. weitere Krampfanfälle. Beim letzten Anfall starkes Erbrechen. Die Blutung dauerte bis zum 13. XI. Während der Krankheit mässiger, bis heute dauernder Urindrang. Seit dem 2. Krampfanfall, Druckgefühl am After.

Status: den 16. XI. Vagina aufgelockert. Portio in der Führungslinie. Uterus klein, hart, anteflektiert, beweglich; auf der vorderen Fläche ein linsengrosser Knollen. Linke Tube nicht verdickt, etwas druckempfindlich. Rechts neben und hinter dem Uterus ein ca. gänseeigrosser, ziemlich runder Tumor, der von der Beckenwand bis zum hinteren Scheidengewölbe herabreicht. Consistenz teigig, beinahe cystisch, nur hinten und unten härtere Partien.

Geringe Beweglichkeit. Diagnose: Haematocele peritubaria dextra.

Verlauf: 25. XI. Schmerzen in der rechten Unterbauchseite seltener und schwächer geworden. 4. XII. Narkosenuntersuchung: Uterus etwas nach links und vorne gedrängt. Rechts neben und hinter dem Uterus ein gänseeigrosser Tumor. Consistenz weich, eindrückbar, nicht cystisch. Das abdominelle Ende der Tube bildet zum Teil den Tumor; das uterine Ende ist normal. 8. XII.

Operation: (Prof. Winter) Laparotomie. Uterus normal gross. Rechte Tube am abdominellen Ende keulenförmig aufgetrieben. Adhäsionen des im Douglas liegenden Tumors werden gelöst. Abbinden in zwei Partien gegen Uterus und Beckenwand. Linke Adnexe durch Verwachsungen verklebt, lassen sich leicht stumpf lösen.

Den 29. XII. Entlassungsstatus: Uterus klein, frei beweglich. Nirgends eine Resistenz fühlbar. 31. XII. Entlassung.

Präparat: Gänseeigrosser, cystischer, mit peritonealen Adhäsionen umgebener Tumor, der das abdominelle Ende der stark erweiterten und geschlängelten rechten Tube darstellt, nebst peritubarem Bluterguss. Die Tube ist nahe dem Uterus abgetragen und geht, allmählich dicker werdend, in ca. 6—7 cm Länge auf den Tumor über. An zwei symmetrischen, an der oberen und unteren Fläche gelegenen Stellen befinden sich zwei walnussgrosse Exkrescenzen, auf deren Spitze sich ein Loch befindet, aus dem Cruor quillt. Das Ovarium umgibt den Tumor an dem Übergang in die Tube, und zwar an seiner unteren Fläche, etwa halbkreisförmig.

Fall 44. Arbeitersfrau J. H., 34 Jahre. Anamnese: VI para. L. M. Anfangs August. Ende Oktober heftige kneifende Schmerzen in der Mitte des Unterleibes und im

Kreuz. Ohnmacht. Am nächsten Morgen Blutung, die bis jetzt anhält. Patientin war damals matt und blass. Am 20. XI. ein zweiter, ebenso heftiger Anfall; die Schmerzen waren mehr rechts lokalisiert. 23. XI. dritter, sehr heftiger Anfall, der bis heute früh dauerte. Patientin wurde heute auf dem Wege zur Klinik ohnmächtig. Seit gestern Harndrang. Starke Schmerzen beim Stuhlgang, besonders rechts.

Status: den 24. XI. 00. Gesichtsfarbe blass, Portio vor der Führungslinie. Uterus klein, anteflektiert, nach links etwas von der Medianlinie abweichend. Hinteres Scheidengewölbe etwas vorgewölbt durch einen hinter ihm liegenden harten, unbeweglichen Tumor, der nach rechts bis an die Beckenwand herangeht und ca. gänseeigross ist. Am rechten Uterushorn fühlt man einen Strang in den Tumor übergehen. Linke Adnexe und Parametrien normal. Diagnose: Haematocele peritubaria.

Verlauf: d. 3. XII. Der Tumor fühlt sich in toto hart an. Seit d. 23. XI. kein Anfall; zuweilen Schmerzen in der rechten Seite. — 4. XII. Narkosenuntersuchung: Uterus anteponiert. Vom hinteren Scheidengewölbe aus fühlt man einen harten Tumor, der sich hauptsächlich nach rechts erstreckt. Er ist mit und zu dem Uterus und der Beckenwand unverschieblich. Tube verdickt und verhärtet. — 17. XII. Uterus in Anteflexion, klein, hart, Beweglichkeit beschränkt. Man fühlt diffuse, harte, unregelmässige Resistenzen vom hintern Scheidengewölbe und rechts davon. Auch links eine kleine härtere Partie. Grösse nicht anzugeben, da es verschiedene kleinere Massen sind. Jedenfalls bedeutende Resorption eingetreten. — 19. XII. Entlassung.

Fall 45. Eigenkäthnersfrau M. P., 24 Jahre. Anamnese: 0 para. L. M. 29. IX. 00. Am 5. Oktober plötzlich

heftige kneifende Schmerzen im Unterleib beim Stuhlgang. In den nächsten Tagen wiederholte Anfälle beim Stuhlgang und beim Urinieren. Ein am 8. X. konsultierter Arzt gab eine Medizin, worauf alle Beschwerden schwanden. Acht Tage später wieder ein heftiger Schmerzanfall. Am 11. XI. eine ungewöhnlich starke Blutung, die 6 Tage anhielt; Abgang von Stücken, starke ziehende Schmerzen im Unterleib. Seit $2^1/_2$ Wochen Schmerzen im linken Unterleib, die immer stärker wurden.

Status: d. 5. XII. 00. Gesichtsfarbe: blass. Uterus anteflektiert, dicht hinter der Symphyse. Hinteres Scheidengewölbe vorgewölbt durch einen ziemlich harten, an einzelnen Stellen etwas weicheren Tumor im Douglas, welcher bis handbreit unter dem Nabel hinaufreicht, nach links bis an den horizontalen Schambeinast geht. Consistenz an der höchsten Spitze steinhart, in der Mitte mehr weich. Nach rechts überschreitet der Tumor nicht die rechte Seitenkante der Scheide. Bei der Untersuchung leichter Blutabgang. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 10. I. 01. Uterus anteponiert; Corpus etwas nach links gedrängt. Rechts, links und hinter dem Cervix einige harte Resistenzen mit diffuser Begrenzung. Die Haematocele ist ca. $^1/_6$ so gross wie bei der Aufnahme. — 22. I. 01. Rechts vom Uterus ist ein taubeneigrosser harter Tumor fühlbar. Links vom Uterus ein unbestimmter Tumor, der nach rechts hinüberzieht, ebenfalls die Beckenwand erreicht. — 23. I. 01. Entlassung.

Fall 46. Schmiedemeistersfrau M. S., 27 Jahre. Anamnese: II para. L. M. vor 6 Wochen. 8 Tage nach der letzten Periode eine neue Blutung, die bald stärker, bald schwächer bis heute anhält. 10. IV. 01 plötzlich heftige krampfartige Schmerzen im Kreuz und im ganzen Unterleib. Erbrechen. 16. und 17. IV. neue, ebenso

heftige Anfälle; Patientin wird ohnmächtig. In den nächsten 3—4 Tagen beim Aufrichten Ohnmachtsanwandlungen. Kein Anfall mehr; geringes Schmerzgefühl im Unterleib.

Status: d. 30. IV. Gesichtsfarbe blass, Schleimhäute anämisch. Auf den Lungen überall giemende und brummende Geräusche. — Vagina aufgelockert. Uterus anteflektiert, etwas weich und vergrössert. Von seiner linken Kante ausgehend in dichter Verbindung mit ihr ein gut apfelgrosser Tumor von teigig-harter Consistenz, der mit dem Uterus etwas verschieblich ist. Im Douglas eine harte Resistenz, die auf der linken Seite noch einen Ausläufer in die unterste Spitze des Douglas entsendet. Diagnose: Haematocele peritubaria sinistra.

Verlauf: d. 20. V. 01. Die Resistenz im Douglas ist fast völlig verschwunden.

Operation: d. 25. V. (Professor Winter.) Laparotomie. Der sich einstellende Tumor sieht braunrot aus, entspricht in seiner Lage den linken Adnexen. Adhäsionen mit dem Peritoneum parietale und der Flexur werden stumpf gelöst. Dabei kommen der Uterus und die normalen rechten Adnexen zum Vorschein. Der Tumor ist mit der hinteren Platte des Lig. latum verwachsen. Er wird hervorgeholt und in zwei Partien am Uterushorn abgebunden.

27.—31. V. Zunehmende schwere Lungenerscheinungen. — 31. V. 7. h. p. m. Exitus. (Tuberkulöse Pneumonie.)

Präparat: Aus zwei ungefähr hühnereigrossen Teilen bestehender Tumor. Dem kleineren sitzt das Ovarium mit dem Lig. ovar. auf. Eine feine Sonde dringt in dem Tubenlumen weiter bis in den kleinen Tumor, der dem erweiterten Tubensack entspricht. Das Lumen wird ausgefüllt durch ein über taubeneigrosses Blutkoagulum.

Daran schliesst sich das $2^1/_2$ cm breite und 2 cm lange Fimbrienende der Tube, welches direkt, durch eine längliche Rinne geronnenen Blutes verbunden, in den zweiten etwas grösseren Tumor übergeht, der aus altem geronnenem Blut und einer dicken Fibrinkapsel besteht. Am uterinen Ende der Tube findet sich an deren Rückseite eine kleine Perforation, aus der sich augenscheinlich die Haematocele ergossen hat.

Fall 47. Instrumentenmachersfrau E. T., 24 Jahre. Anamnese: IV para. L. M. vor 10 Tagen. Zwei Tage darauf heftige krampfartige Schmerzen im Unterleib, denen sofort eine neue Blutung folgte, die nach 2 Tagen aufhörte. Darauf wurden die Schmerzen wieder stärker und die Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen kürzer. Seit 3 Tagen sind die Schmerzanfälle weniger häufig und stark, auch haben sie ihren wehenartigen Charakter verloren.

Status: 14. V. Gesichtsfarbe blass, Vagina aufgelockert. Uterus klein, anteflektiert beweglich. Die Bewegung nach vorne löst intensive Schmerzen aus. Douglas ist ausgefüllt von einem nach unten scharf abgegrenzten Tumor von festweicher Consistenz. Der Tumor ist eindrückbar, intensiv empfindlich; nach rechts in kugliger Form abgrenzbar, nach oben nicht ganz zur Höhe des Fundus. Bei rectovaginaler Untersuchung fühlt man das Sept. rectovaginale durch eine teigige kantige Resistenz ausgefüllt. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 8. VI. Resistenz rechts vom Uterus geschwunden. Uterus stark dextrovertiert. Im hinteren und seitlichen Parametrium ziemlich starke, sich anspannende Stränge von mässiger Empfindlichkeit. — 14. VI. Uterus dextroponiert. Ihn verbinden ziemlich feste, empfindliche Stränge mit der Beckenwand; ebenso links und hinten

parametritische Stränge. Eine geschwulstartige Resistenz nicht mehr nachweisbar. Patientin ist beschwerdefrei und wird am 15. VI. entlassen.

Fall 48. Dienstmädchen A. H., 27 Jahre. Anamnese: 0 para. L. M. vor 14 Tagen. Seit 6 Wochen erschwerte Urinentleerung. Am 10. und 11. VI. musste Patientin katheterisiert werden. Seit 4 Wochen erschwerter und mit Schmerzen verbundener Stuhlgang.

Status: 12. VI. 01. Dilatatio cordis; systolisches Blasen über allen Ostien. — Uterus eleviert. Im Douglas liegt ein cystischer, unbeweglicher Tumor, der links bis an die Beckenwand herangeht. Von aussen fühlt man ihn links oberhalb des horizontalen Schambeinastes in Ausdehnung von drei Querfingern. Links geht vom Uterus ein Strang zum Tumor.

Operation: (Professor Winter) Laparotomie. Der Tumor besteht aus der dilatierten, bräunlich gefärbten linken Tube, dem verdickten rechten Ovarium und einer Haematocele im Douglas. Abtragen der linken Adnexe, Befreien der rechten Adnexe aus den umgebenden Adhäsionen. Von der Exstirpation der Haematocele wird Abstand genommen.

Verlauf: 25. VI. Patientin verlässt das Bett. — 8. VII. Haematocele auf die Hälfte verkleinert. — 12. VII. An Stelle des früheren Tumors diffuse Resistenzen.

Fall 49. Händlersfrau H. B, 22 Jahre. Anamnese: I para; L. M. vor 22 Monaten. Vor vier Monaten krampfartige Schmerzen im Unterleib, die anfallsweise alle 2—3 Tage für 10—15 Minuten auftraten. Dieser Zustand dauerte ca. 3 Wochen. Dann Blutung mit wehenartigen Schmerzen im Kreuz und im Unterleib. Die Blutung dauerte 8 Tage. Am dritten Tage der Blutung ein Ohnmachtsanfall. Nach einigen Tagen wieder mehrtägige

Blutung. Seither Blutung mit Intervallen von 2—3—4 Tagen, die bis vor 7 Tagen dauerte. Die anfangs erwähnten Schmerzen wurden mit der Blutung seltener und schwächer.

Status: 17. VI. Portio nach unten gedrängt. Uterus normal. Hinter dem Uterus, seiner Hinterfläche dicht anliegend, den Fundus freilassend, ein faustgrosser, mit dem Uterus verschieblicher, ziemlich runder Tumor von glatter Oberfläche, teigig cystischer Consistenz. Links vorne an dem Tumor ein kleiner mandelgrosser, etwas verschieblicher Knollen, der schmerzempfindlich ist. Der Tumor erstrekt sich nach unten bis in die Spitze des Douglas. Links geht der Tumor bis an die Beckenwand. Diagnose: Graviditas extrauterina.

Verlauf: 21. VI. 01. Narkosenuntersuchung. Portio vorne, etwas nach rechts. Uterus in Dextroposition; er ist dahin durch einen Tumor gedrängt, der schwach kindskopfgross, rund ist und an die hintere Wand und die linke Kante des Uterus herangeht. Am Tumor unterscheidet man zwei Partien, die obere länglich hart, die untere weich, fast cystisch.

Operation: d. 25 VI. 01 (Professor Winter). Links hoch oben am Uterus ein bräunlicher Tumor, der mit der Uteruswand, der Tube der anderen Seite und dem Lig. latum seiner Seite breit verwachsen ist. Adhäsionen werden leicht stumpf getrennt, der Tumor aus dem Douglas herausgeholt. Der Tumor erweist sich als gestielt von der linken Tube ausgehend.

9. VII. Patientin steht auf. — 17. VII. Uterus retrovertiert. Umgebung frei. Entlassung.

Fall 50. Kaufmannsfrau B. A., 29 Jahre. Anamnese: III para. L. P. vor 3 Jahren. L. M. vor 11 Wochen. Vor 9 Wochen plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib rechts, zugleich Blutung, die bis jetzt dauert. Die Schmerzen

dauerten 3 Stunden. Nach 2 Tagen wehenartige Schmerzen, die 14 Tage anhielten, dann wieder nach 2tägiger Pause für 8 Tage einsetzten. Darauf folgten 2 Tage hindurch sehr heftige Schmerzen mit Auftreibung des Leibes. Vor 3 Wochen Abgang eines fünfmarkstückgrossen, platten, höckrigen Stückes. Die Schmerzen sind auf Medikamente seit 14 Tagen verschwunden.

Status: 21. VI. 01. Uterus anteflektiert, retroponiert. Portio hinter der Führungslinie. Rechts neben und hinter dem Uterus ein faustgrosser, ziemlich harter unebener Tumor, der mit einigen Ausläufern an die Beckenwand herangeht. Er tritt an die rechte Seitenkante des Uterus heran, aber mehr in der Höhe des Cervix als des Fundus. Der Tumor geht dann als diffuse Resistenz hinter den Uterus und setzt sich als daumendicker Strang bis an die linke Beckenwand fort. Per rectum fühlt man, dass der Tumor hinter dem Uterus dem retrocervicalen Bindegewebe angehört. Diagnose: Haematocele peritubaria.

Verlauf: 27. VI. Narkosenuntersuchung. Uterus sinistrovertiert, hart. Linke Adnexe und Parametrien frei. Rechts in breiter Verbindung mit der Uteruskante ein unregelmässiger, runder harter, mit dem Uterus beweglicher Tumor.

Operation: 4. VII. (Professor Winter.) An den rechten Adnexen ein bräunlicher Tumor, der sich ohne Schwierigkeit aus den bräunlichen Verwachsungen mit der hinteren Platte des Lig. latum ausschälen lässt. Dabei rupturiert er und entleert eine Menge Blutgerinnsel. Er erweist sich als das abdominelle, noch blutführende Ende der rechten Tube und eine dem abdominellen Ende anliegende Haematocele. Linke Adnexe normal.

Nach der Operation starke Herzschwäche, die sich nach einiger Zeit durch Kampher heben lässt. — 22. VIII.

Patientin steht auf. — 29. VIII. Uterus in Anteflexion, etwas retroponiert. Hinter dem Cervix diffuse, etwas schmerzempfindliche Resistenzen. Neben der linken Uteruskante, wahrscheinlich im Lig. latum, ein etwa hühnereigrosser, länglicher, harter, etwas druckempfindlicher Tumor. Im rechten Parametrium ein gänsekieldicker Strang. — 15. VIII. Tumor links fast geschwunden. — 25. VIII. Uterus anteflektiert, beweglich; links von ihm ein harter, beweglicher, taubeneigrosser Tumor. — Entlassung.

Präparat: Ein hühnereigrosser Tumor, der aus dem walnussgrossen Ovarium und der daumendicken geschlängelten Tube besteht, an deren unterem Ende sich ein zerrissener Bluttumor anschliesst.

Fall 51. Kutscherfrau M. M., 31 Jahre. Anamnese: I para, vor 6 Jahren. L. M. 18. IV. 01. Im Mai blieb die Periode aus. Anfang Juni anfallweise, 2—3mal täglich, brennende Schmerzen im Unterleib, etwa immer $^1/_2$ Stunde dauernd. Am 21. VI. ein äusserst heftiger Schmerzanfall, nach dem Patientin sich sehr schwach fühlte. Seitdem noch 3 ebensolche Schmerzanfälle, der letzte vorgestern. Obstipation, keine Urinbeschwerden.

Status: 5. VII. Gesichtsfarbe blass, Schleimhäute anämisch. In der Vagina altes Blut. Uterus in Retroversion, etwas nach vorne und oben gedrängt durch einen hinter ihm gelegenen, das kleine Becken ausfüllenden prall cystischen Tumor, der aber auch einige härtere Partien aufweist; er ist unbeweglich, reicht bis zur Spitze des Douglas, nach oben bis 3 Querfinger unterhalb des Nabels. Der Tumor liegt der hinteren Wand des Uterus dicht an, so dass sich der Fundus gerade abhebt. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 20. VII. Blutung seit einigen Tagen sistiert. Salzbäder, Ichthyol. — 1. VIII. Patientin steht völlig be-

schwerdefrei auf. — 6. VIII. Tumor im Douglas cystisch, abgeflacht, kleinfaustgross. — 12. VIII. Uterus nach links verlagert, deutlich anteflektiert, beweglich. 14. VIII. Patientin weist den Vorschlag einer Operation zurück und wird auf Wunsch gegen den Willen der Klinik entlassen.

Gleich nach der Entlassung begann Patientin wieder zu bluten und suchte am 29. VIII. 01 zwecks Operation die Klinik auf.

Status: Uterus leicht anteflektiert, steht vorne. Hinter ihm, seiner Hinterwand dicht anliegend, ein den ganzen Douglas ausfüllender, prall cystischer, halbkindskopfgrosser Tumor.

Operation: 3. IX. (Dr. Hammerschlag.) Hühnereigrosse Verdickung der rechten Tube; Abtragung derselben. Ausschälung der Fibrinkapsel der im Douglas sitzenden, kindskopfgrossen, rupturierten Haematocele.

24. IX. Uterus in leichter Dextroanteflexion, etwas rechts von der Medianlinie. Hinter dem Uterus eine nicht druckempfindliche Resistenz von Hühnereigrösse. — Entlassung.

Präparat: Kleines cystisch degeneriertes Ovarium, über das die zeigefingerdicke Tube läuft: dieselbe ohne Inhalt, ohne Rupturstelle. Grosse Menge geronnenen schwarzen Blutes in einer ziemlich derben Fibrinkapsel aus dem Douglas.

Fall 52. Arbeitersfrau A. D., 29 Jahre. Anamnese: I para. Periode stets normal. L. M. Ende März 1901. Am 7. V. plötzlich sehr starke schneidende Schmerzen im linken Unterleib. 4 Tage später Abgang eines Hautstückes. Darauf wurde die Blutung schwächer, besteht aber, wie die oben erwähnten Schmerzen, bis heute. Anfangs Mai fühlte Patientin im linken Unterleib eine hühnereigrosse Verhärtung; Wachsen nicht bemerkt. Seit Mai vermehrter Harndrang.

Status: den 4. VII. 01. Gesichtsfarbe blass. In der Vagina schmutzig-bräunliches Blut. Hinter und auf dem hinteren Scheidengewölbe ein prall cystischer Tumor von glatter, runder Oberfläche, dem vorne Portio und Cervix anliegen. Uterus anteponiert, dicht hinter der Symphyse, etwas links von der Medianlinie. Tumor reicht nach oben bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Per rectum kommt man rechts zwischen Tumor und Beckenwand, links nicht. Links auf dem Tumor ein mandelgrosser, auf ihm verschieblicher Knoten. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 10. VII. Am 6. und 7. VII. Schmerzanfälle nach Art der im Mai. Geschwulst gewachsen. — 15. VII. Die linke Uteruskante liegt dem Tumor an, die rechte ist abgrenzbar.

Operation: den 23. VIII. (Dr. Hammerschlag.) Laparotomie. Es stellt sich ein halbmannskopfgrosser Tumor ein. Lösung seiner Adhäsionen mit Netz und Darmschlingen. Uterus ganz vorne und tief rechts. Der Tumor reisst ein und entleert eine Menge geronnenen Blutes. Die vordere Wand der Kapsel wird vom Lig. latum gebildet. Ausschälung der Fibrinkapsel. Abtragung des betreffenden Stückes der Lig. latum.

17. XI. Patientin hat eine schwere Bronchopneumonie duchgemacht und steht heute auf. — 24. XI. Entlassungsstatus: Uterus retroflektiert, fixiert. Hinter dem Uterus eine diffuse Resistenz, die sich etwas nach links erstreckt und die Grösse eines Daumens hat.

Präparat: Teile der Fibrinkapsel und des Lig. latum. Grosse zum Teil geronnene schwarze und braune Blutmenge.

Fall 53. Dienstmädchen A. R., 33 Jahre. Anamnese: I para. L. M. 21. VI. Seit dem 29. VI. mässig starke Blutung bis heute. Gestern Abgang eines Hautstückes.

Vom 29. VI. bis 3. VII. mehrmals täglich heftige wehenartige Schmerzen. Blutung in den letzten Tagen sehr stark.

Status: Links und hinter dem Cervix ein faustgrosser Tumor von unbestimmter Consistenz. Obere Grenze drei Querfinger unter dem Nabel. Der untere Pol reicht in den Douglas herab. Der Tumor ist mit der Hinterwand des normalen Uterus verwachsen. Diagnose: Haematocele peritubaria.

Verlauf: 26. VI. Entlassungsstatus: Uterus in Anteflexion, etwas retroponiert. Von seiner l. Kante entspringt ein knapp hühnereigrosser Tumor, der ziemlich hart, unbeweglich, unempfindlich ist.

Fall 54. Maurersfrau A. S., 52 Jahre. Anamnese: 0 para. L. M. Mitte Mai 01. Am 2. VII. krampfartige Schmerzen, desgl. am 5. und 6. VII. Vom 3.—6. VII. starke Blutung. Am 7. VII. heftige Schmerzen mit Blutung, Abgang einer Haut. Seit 8 Tagen Schmerzen beim Urinieren.

Status: 15. VII. 01. Im Douglas teigig weicher, verschieblicher, faustgrosser Tumor. Obere Grenze 4 Querfinger unter dem Nabel. Links oberhalb des horizontalen Schambeinastes der Fundus, dem der Tumor dicht anliegt. Rechts und links geht der Tumor an die Beckenwand heran. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 23. VII. Uterus vom Tumor abgrenzbar; Oberfläche des letzteren hart und uneben. — 1. VIII. Entlassung. Uterus in mässiger Retroposition, anteflektiert, hart. Rechts neben ihm ein hühnereigrosser harter Tumor.

Fall 55. Förstersfrau E. F., 29 Jahre. Anamnese: 0 para; 3 Aborte. Patientin hat bei allen Aborten stark geblutet. L. M. vor 14 Tagen. Seit 3 Wochen starke stundenlang dauernde Schmerzen im Unterleib, weniger heftig im Kreuz.

Status: den 23. VII. 01. Gesichtsfarbe blass. Uterus klein, anteflektiert, retroponiert. Rechts über und hinter dem Uterus an die Beckenwand herangehend ein weicher, diffuser, beweglicher, etwa gänseeigrosser Tumor. Linke Adnexe empfindlich.

Narkosenuntersuchung: den 5. VIII. Rechts hinter dem Uterus eine diffuse Resistenz von unbestimmten Grenzen. Links vom Uterus ausgehend ein besser abgrenzbarer, länglicher Tumor. Blutung aus dem Uterus. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 9. VIII. Nach der Untersuchung am 5. VIII. Schmerzen, am Tage darauf Fieber, mässiger Meteorismus. Gleichzeitig bildete sich im Abdomen ein abtastbarer Tumor. — 27. VIII. Rechts von der Mittellinie im Abdomen ein eigrosser Tumor. Hinter und rechts von genanntem Tumor ein faustgrosser Tumor, der bis an die Beckenwand herangeht. — 4. IX. Tumor hinter dem Uterus kindskopfgross. Obere Grenze 4 Querfinger über der Symphyse.

Operation: 7. IX. (Dr. Hammerschlag.) Über kindskopfgross, hinter dem Uterus gelegener Tumor stellt sich ein. Beim Lösen von Adhäsionen reisst der Tumor ein und entleert eine Menge geronnenen Blutes. Entfernung der Fibrinkapsel. Die rechten Adnexe sind in einen ca. hühnereigrossen Tumor verwandelt. Peritoneum und Lig. inf.-pelv. werden abgebunden und das Tubenende abgetragen. 28. IX. Entlassung. Uterus klein, anteflektiert; neben seiner rechten Kante eine walnussgrosse, nicht druckempfindliche Resistenz. Linkes Parametrium etwas verdickt und empfindlich.

Präparat: Rechte Tube fingerdick, in der abdom. Hälfte etwas dicker. Beim Aufschneiden erblickt man in dieser Hälfte eine Menge geronnenen Blutes. An der Wand

erkennt man deutlich Placenta. Die andere Hälfte der Tube verdickt und aufgelockert. Am unteren Rand der Tube, nach dem Fimbrienende zu, die fast bohnengrosse Rupturstelle.

Fall 56. Schuhmachersfrau L. G., 37 Jahre. Anamnese: Vgl. Fall 38. L. M. 18. VI. 01. Am 20. VII. plötzlich wehenartige Schmerzen mit geringer Blutung. 3 Tage darauf neuer, sehr heftiger Anfall. Seitdem alle 2—3 Tage solche Anfälle mit mässiger Blutung. Patientin fühlte sich zunehmend schwächer.

Status: 10. VIII. Haut und Schleimhäute stark anämisch; Abdomen etwas aufgetrieben. Uterus retrovertiert. Rechts von ihm, an ihn herangehend, teigige, undeutlich contourierte, länglich runde kleinfaustgrosse Resistenz, die bis an die Beckenwand herangeht. Nähere Untersuchung wegen der Schmerzhaftigkeit unmöglich.

Diagnose: Haematocele peritubaria dextra.

Verlauf: 24. VIII. Tumor rundlich prall cystisch, unbeweglich. — 9. IX. Tumor stark hühnereigross; Consistenz teils hart, teils teigig. — 17. IX. Entlassung. Rechts neben dem Uterus ein hühnereigrosser unempfindlicher, unbeweglicher Tumor.

Fall 57. Tischlersfrau B. K., 31 Jahre. Anamnese: III para. L. M. Mitte Mai d. J. Am 6. VI. plötzlich Blutung und reissende Schmerzen im rechten Unterleib. Ohnmachtsanfälle, Erbrechen. 7. VII. neuer Anfall. Weitere Anfälle in den nächsten 5—6 Tagen. Seit Anfang August Blutung bis heute. Ende Juli Abgang eines Hautfetzens. Seit 10 Tagen fühlt Patientin einen wachsenden Tumor im Unterleib.

Status: 12. VIII. Abdomen in den unteren Partien etwas vorgewölbt durch einen prall cystischen, unregelmässigen Tumor, dessen obere Kuppe 1 Querfinger unter

dem Nabel steht. Uterus anteflektiert; hinter ihm ein harter, solider Tumor, der der hinteren Uteruswand dicht anliegend in den obigen Tumor übergeht. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 9. IX. Tumor gut faustgross, hart, unverschieblich. — 5. X. Uterus anteflektiert, frei beweglich; hinter ihm, an die rechte Beckenwand gehend, eine schmale, etwa daumendicke Resistenz. Keine Druckempfindlichkeit. 6. X. Entlassung.

Fall 58. Arbeitersfrau H. F., 33 Jahre. Anamnese: I para. Im Sommer 1900 wurde in der Klinik Colporrhaphie und Alexander-Adams gemacht. L. M. Mai 1901. Seit 11. VI. ziehende Schmerzen im linken Unterleib. 12. VIII. Abgang von wenig Blut: eine Hebamme tamponierte. Am 13. VIII. lag auf der Tamponade ein handtellergrosses Hautstück. Auf der Bahnfahrt nach der Klinik starke Schmerzen im Unterleib.

Status: 15. VIII. (Poliklinik.) Abdomen aufgetrieben, druckempfindlich. Ziemlich beträchtliche Anämie. Haselnussgrosses Stück Fleisch in der Vagina, das für einen Eiteil angesehen wird. Uterus erscheint etwas vergrössert. Cervix für 1 Finger durchgängig. Da Abort mit beginnender Peritonitis angenommen wird, wird der Uterus ausgetastet und für leer befunden. Verlegung auf die Sept. Station. — Im Laufe des Tages wird auf die Symptome hin die Diagnose gestellt: Rupturierte Tubargravidität mit freier Blutung in die Bauchhöhle.

Verlauf: Im Laufe des Tages wurde die Anämie beträchtlicher, obwohl keine Blutung nach aussen stattfand.

Operation: 7½ h. p. m. (Dr. Hammerschlag.) Laparotomie. Massen frischen und geronnenen Blutes in der Bauchhöhle. Die Blutung geht von einem links am Uterus gelegenen, gänseeigrossen Tumor, aus, dessen Spitze die

Rupturstelle zeigt. Der Tumor entspricht dem uterinen Teil der linken Tube. Abbinden und Abtragen derselben. Nach möglichster Entfernung des flüssigen und geronnenen Blutes Verschluss der Bauchhöhle.

Nach der Operation steigen Temperatur und Pulsfrequenz mehr und mehr, trotz häufiger Kamphergaben und Kochsalzinfusion. — 18. VIII. $8^1/_2$ p. m. Exitus. Sektionsdiagnose: Diffuse acute Peritonitis.

Präparat: Hühnereigrosser, in der Mitte geborstener Bluttumor mit mehrfach zerrissener dünner Umhüllung, die sich an der Abtragungsstelle bis zu 2 mm verdickt. Sie hat hier eine grauweisse Färbung.

Fall 59. Fischersfrau H. B., 25 Jahre. Anamnese: 1 para. Periode stets regelmässig. Seit 7 Wochen blutet Patientin nach vorhergegangener 6wöchentlicher Amenorrhoe dauernd. Mitte August Krampfanfall im linken Unterleib; am nächsten Tage zweiter Anfall, vorgestern dritter Anfall. Vom dritten Tage der Schmerzen an dauernde Blutung.

Status: 5. X. 01. Uterus normal, anteponiert. Hinter ihm ein Tumor, der den Douglas ausfüllt, teigig hart bis cystisch ist. Er nimmt an der linken Beckenwand walzenförmige Gestalt an. Diagnose: Gravid. extrauterina.

Verlauf: 15. X. Uterus leicht dextroponiert; der gut faustgrosse Tumor ist mit ihm beweglich.

Operation: 2. XI. (Professor Winter.) Der links und hinter dem Uterus gelegene Tumor reisst bei der Lösung. Entfernung der entleerten Blutgerinnsel und der Fibrinkapsel. Fruchtsack am abdom. Ende der Tube. Exstirpation der linken Tube und des linken Ovarium.

16. XI. Patientin steht auf. — 26. XI. Entlassung. Uterus etwas eleviert. Die Gegend der früheren Haematocele ist frei und unempfindlich.

Präparat: Kindskopfgrosser, aus mehreren Stücken bestehender Tumor. Das dem Uterus zunächst liegende Stück ist der uterine und mittlere Teil der verdeckten und geschlängelten Tube. Pars abdominal. ampullenförmig aufgetrieben, bildet den Übergang in die eigentliche Haematocele.

Fall 60. Maurersfrau A. K., 32 Jahre. Anamnese: 0 para. L. M. vor 13 Wochen. Vor 7 Wochen heftige krampfartige Schmerzen im rechten Unterleib, zugleich Blutabgang. Am 23. IX. Abgang einer Decidua. In letzter Zeit Schwellung und Druckempfindlichkeit des rechten Beines. Starkes Frost- und Hitzegefühl.

Status: 23. X. 01. Schleimhäute etwas blass. Uterus anteponiert durch hinter ihm liegenden, teils cystischen, teils harten Tumor, der links an die Beckenwand herangeht. Grenzen wegen Spannung der Bauchdecken nicht sicher zu palpieren. Diagnose: Verjauchte Extrauterin-gravidität.

Verlauf: 26. X. Krampfartiger Schmerzanfall. — 29. X. Durchfälle; Beimengung von Schleim und gelben Bröckeln.

Operation: 2. XI. (Professor Winter.) Hinteres Scheidengewölbe mit Paguelin, Douglas mit dem Finger eröffnet. Ausräumung des flüssigen und geronnenen Blutes, ebenso der Kapsel, mit dem Finger. Wegen Blutung feste Tamponade.

23. XI. Nach der Operation erkrankte Patientin an Pneumonie und Cystitis. Letztere ist heute geschwunden. Krisis der Pneumonie mit Schweissausbruch. — 11. XII. Patientin steht auf. — 20. XII. Entlassung. Uterus retroponiert; hinter ihm, mit ihm und Beckenwand fest verbunden, ein apfelgrosser harter Tumor. Uterus beweglich. Geringe Schmerzempfindlichkeit.

Fall 61. Rottenführersfrau B. L., 44 Jahre. Anamnese: VII para. L. M. Mitte August 01. Mitte September eine tägliche schwache Blutung. 31. X. plötzlich starker Druck auf den Mastdarm, Erbrechen, Schwindelgefühl. Schmerzen im Unterleib. — 1. XI. zweiter Anfall, 13. XI. dritter, sehr heftiger Anfall, 16. XI. vierter Anfall, 4.—13. XI. Blutung mit wehenartigen Schmerzen.

Status: 18. XI. Gesichtsfarbe und Schleimhäute blass. Abdomen im unteren Teil etwas aufgetrieben. Uterus in Dextroretroversion durch einen hinter ihm liegenden prall cystischen Tumor, dessen obere Grenze zwei Querfinger unter dem Nabel steht. Der Tumor füllt den Douglas fast völlig aus. Brustdrüsensekret enthält Milch und einige Colostrumkörperchen. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 9. XII. Tumor etwas verschieblich, ziemlich hart. Der rechte und hinten gelegene Tumor noch cystischer als der linke.

Operation: 20. XII. (Prof. Winter.) Laparotomie. Es stellt sich die obere Kuppe des links liegenden Tumors ein, daneben etwas tiefer der Fundus. Lösung des Tumors, der am Ostium der linken Tube hängt; Abtragen derselben.

3. I. Patientin steht auf. — 9. I. Entlassung. Uterus in Grösse und Lage normal; etwas sinistrovertiert. An Stelle der linken Adnexe ein ca. hühnereigrosser fester Tumor.

Präparat: Strausseneigrosser, ziemlich glattwandiger linkss. Adnextumor von cystischer Consistenz, der mit strangförmigen Adhäsionen bedeckt ist. An der Hinterwand dreimarkstückgrosse Partie weichen Placentargewebes.

Fall 62. Besitzersfrau A. J., 38 Jahre. Anamnese: XVI para. L. M. Anfang September. Seit 4 Wochen Schmerzen im Unterleib, seit 3 Wochen Blutung. 19. XI. Ohnmachtsanfall; Patientin wurde sehr blass. Seitdem Schmerzen stärker.

Status: 5. XII. Aus der Mamma lässt sich Milch ausdrücken. Uterus normal gross, etwas sinistroanteponiert. Hinter ihm ein kindskopfgrosser, cystischer, unbeweglicher, etwas druckempfindlicher Tumor. Sehr starke Spannung der Bauchdecken. Diagnose: Extrauteringravidität.

Operation: 13. XII. (Professor Winter.) Halbfaustgrosser Tumor, der der rechten Tube angehört und dem Ovarium aufsitzt. Unterbindung und Abtragung des Tumors mit der Tube.

17. I. Patientin steht auf. — 20. I. Links oberhalb des Poupart'schen Bandes schmerzhafte Resistenz. Uterus anteflektiert, retroponiert. — 6. II. Entlassung.

Präparat: Tumor halbfaustgross, knollig. Oberfläche der einen Seite von geronnenem Blut gebildet. Tumor gehört der rechten Tube an, die durch Cruormassen aufgetrieben ist.

Fall 63. Arbeitersfrau J. B., 28 Jahre. Anamnese: V para. L. M. 1. X. 01. Seit 7 Wochen ziehende Schmerzen im rechten Unterleib, 5—6mal heftige Krampfanfälle, die immer stärker wurden. Letzter heftigster Anfall vor 2 Tagen.

Status: 5. XII. Aus der Mamma lässt sich Milch ausdrücken. Uterus normal gross, etwas sinistroanteponiert. Hinter ihm ein kindskopfgrosser, cystischer, unbeweglicher, etwas druckempfindlicher Tumor. Sehr starke Spannung der Bauchdecken. Diagnose: Extrauteringravidität.

Operation: 13. XII. (Prof. Winter.) Faustgrosser blauroter Tumor, über den die rechte Tube herüberläuft. Ausschälung des mit Blut gefüllten Tumors. Entfernung von Kapselresten aus dem Douglas.

3. I. Patientin steht auf. — 8. I. Entlassung. Uterus klein, etwas retroponiert. Hinter ihm im Douglas einige diffuse, nicht schmerzhafte Resistenzen.

Präparat: Auf dem Durchschnitt zeigt es sich, dass der Tumor grösstenteils aus Cruormassen besteht. Über die fast glatte Oberfläche des Tumors verläuft die ganz normale rechte Tube.

Fall 64. Gerichtsvollziehersfrau W. S., 27 Jahre. Anamnese: I para. L. M. 6. X. 01. Am 9. XI. ein Krampfanfall in der rechten Unterleibsseite. Neue Anfälle am 20., 26., 28. XI., 3. und 6. XII. Am 3. XII. Abgang einer Haut.

Status: 11. XII. Gesichtsfarbe blass. Unteres Abdomen etwas vorgetrieben. Uterus verdickt. Hinter ihm ein bis in den Douglas reichender, teigiger, im Douglas cystischer Tumor von Doppelfaustgrösse. Obere Grenze 2 Querfinger unter dem Nabel. Mammae entleeren reichlich Sekret. Diagnose: Haematoc. retrouterina.

Operation: 18. I. (Prof. Winter.) Laparotomie. Der Tumor besteht aus einem der rechten Tube angehörigen Teil und der Haematocele. Abbinden und Abtragen der rechten Adnexe. Ausschälen der Haematocelenkapsel gelingt nur unvollständig.

10. II. Entlassungsbefund: Uterus retrovertiert, Achsendrehung von links nach rechts.

Präparat: Walnussgrosser, weicher, scheinbar aus Blut bestehender, und mehrere kleinere Bluttumoren. An dem grössten der letzteren lässt sich deutlich Tube und Ovarium erkennen. Tube geplatzt. In der Tube geronnenes Blut.

Fall 65. Mühlenmeistersfrau B. M., 32 Jahre. Anamnese: Vergl. Fall 43. L. M. 4. XI. 01. Am 13. XII. plötzlich krampfartige Schmerzen im Rücken und der linken Seite. — 15. XII. neuer Anfall; Patientin wurde sehr blass und matt. — 16. XII. dritter Anfall; Patientin wurde ohnmächtig; häufiges Gähnen, Erbrechen.

Status: 18. XII. Douglasfalten verdickt, empfindlich. Links neben und hinter dem Uterus ein hühnereigrosser empfindlicher Tumor, den Adnexen angehörig, wenig beweglich, von unbestimmter Consistenz. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 30. XII. Tumor etwa pflaumengross, rund, beweglich. — 1. I. Deciduaabgang. — 7. I. dauernd mässige Blutung mit Schmerzen im Kreuz und Unterleib. — 9. I. Links und hinter dem Uterus fast bis zum Nabel gehender teigig-weicher Tumor.

Operation: 22. I. (Prof. Winter.) Laparotomie. Es erscheint die Vorderfläche der Haematocele, die mit der Bauchwand fest verwachsen ist. Es wird daher von der Exstirpation des Fruchtsackes abgesehen und nur die Haematocele incidiert, der Fruchtsack mit Jodoformgaze tamponiert.

6. III. Uterus retroponiert, rechts fixiert. Rechts ist das Lig. latum verdickt. Nirgends eine tumorartige Resistenz. — 14. III. Entlassung.

Fall 66. Arbeitersfrau A. B., 31 Jahre. Anamnese: VI para. L. M. Anfang XII. 01. Ende XII. plötzlich heftiger Krampfanfall. Neue Anfälle am 8. und 19. I. Patientin wurde ohnmächtig und sah sehr blass aus. 22 bis 27. I. Blutung. 24. I. Abgang zweier Hautstücke.

Status: 27. I. 02. Uterus in Dextroversion. Links hinter ihm ein gänseeigrosser Tumor von teigig harter Consistenz. Vagina aufgelockert. Beide Mammae entleeren Sekret mit zahlreichen Colostrumkörperchen. Diagnose: Gravid. extrauterina.

Verlauf: 3. II. Im Douglas ein teigig weicher Tumor. — 18. II. Auf dem Tumor links ist die linke Tube fühlbar. Douglas ganz ausgefüllt durch stark faustgrossen Tumor. — 18. bis 21. II. peritonitische Erschei-

nungen. Patientin fiebert dauernd. 3 Querfinger über der Symphyse ist eine Resistenz fühlbar.

Operation: 8. III. (Dr. Hense.) Vaginale Incision vom hinteren Scheidengewölbe mit Paguelin Es wird Blut ohne Eiter entleert. Spülung, Drainage.

23. III. Patientin steht auf. — 26. III. Entlassung. Uterus retroponiert, leicht an der hinteren Beckenwand fixiert. Kein Tumor im Douglas mehr nachweisbar.

Fall 67. Frau C. P., 32 Jahre. Anamnese: I para. L. M. Anfang XI. 01. Am 18. I. 02 abortierte Patientin; einige Tage mässige Blutung. Seit dem 2. III. wässerig blutiger Ausfluss mit Abgang von fleischartigen Stücken.

Status: 19. III. Gesichtsfarbe und Schleimhäute blass. Abdomen zwischen Nabel und Symphyse aufgetrieben durch Tumor. Uterus eleviert, anteponiert, vergrössert, teigig weich; hinter ihm, seiner Hinterwand dicht anliegend, ein den Douglas ausfüllender, cystischer, halbmannskopfgrosser, unbeweglicher Tumor. Links oben Consistenz etwas fester, kuppelförmig. Diese kuppelförmige Partie besteht aus dem stark aufgetriebenen abdominellen Ende der linken Tube. Beide Mammae secernieren. Diagnose: Gravid. tubaria.

Operation: 25. III. (Dr. Hammerschlag.) Laparotomie. Uterus vergrössert, anteponiert; hinter ihm die Kuppe eines fast mannskopfgrossen Tumors. Beim Lösen von Adhäsionen reisst der Tumor ein und entleert zwei Hände voll geronnenen Blutes, in dem der Foetus liegt. Abtragen der Tube am Uterus. Möglichst sorgfältige Exstirpation der Haematocelenkapsel.

8. IV. Patientin steht auf. — 16. IV. Entlassung Hinter dem Uterus, nach links und rechts, harte Resistenz, die links hinten die Beckenwand erreicht. Uterus vorne in Anteflexion.

Präparat: Mehrere grössere und kleinere, teils weichere, teils derbere Stücke, die grösstenteils aus geronnenem Blut und Fibrin bestehen und an denen sich nicht deutlich die Elemente der Tube nachweisen lassen. Das grösste, etwa faustgrosse Stück, das vorzüglich aus Placentargewebe gebildet wird, steht vermittels einer ganz plattgedrückten Nabelschnur mit einem dem Beginn des V. Monats entsprechenden Foetus papyraceus in Verbindung.

Fall 68. Plätterin M. G., 21 Jahre. Anamnese: I para. L. M. 28. II. 02. Am 6. IV. 02 plötzlich krampfartige Schmerzen im rechten Unterleib, die etwa $^1/_4$ Stunde anhielten und an diesem, wie an den nächsten Tagen sich mehrfach wiederholten. 9. IV. trat eine 5tägige Blutung ein. 20. IV. plötzlich sehr heftige wehenartige Schmerzen in der rechten Unterleibsseite.

Status: 28. IV. Mammae secernieren. Uterus klein anteflektiert. Rechts hinter dem Uterus ein etwas empfindlicher kleinfaustgrosser Tumor von teigig harter Consistenz, auf den die bis auf Fingerdicke dilatierte Tube übergeht, welche am abdom. Ende eine Anschwellung trägt. Diagnose: Gravidität tubaria dextra.

Verlauf: 7. V. Tube deutlich abgrenzbar, am Uterus bleistiftdick, am abdom. Ende daumendick. Haematocelenrest etwa hühner- bis gänseeigross, hart, unempfindlich. Uterus beweglich. — 14. V. Narkose. Rechte Tube als dünner Strang am Uterus beginnend, wird dann fingerdick, schwillt am Ende bis zu Daumendicke an. In der Regio sacroiliaca ein kleinhühnereigrosser, unregelmässiger, harter Tumor, der an der Beckenwand fest adhärent ist.

Fall 69. Verwaltersfrau J. R., 27 Jahre. Anamnese: 0 para. L. M. vor 6 Wochen. Sechs Tage nach der l. M. plötzlich »rasende« drückende Schmerzen im linken Unterleib, die ruckweise auftraten. In den nächsten

2 Wochen noch drei ähnliche Anfälle. Seit dem 1. Anfall mässige Blutung, Blasenbeschwerden, Drücken über der Symphyse, vermehrter Urindrang. Seit dem zweiten Anfall Anämie. Gestern Abgang von Hautstücken, worauf die Blutung nachliess.

Status: 2. VI. 02. Uterus in Anteflexion. Linke Adnexe frei. Hinter dem Uterus eine teigige Resistenz, die dem Cervix anliegt, sich nach rechts bis an die Beckenwand erstreckt, schmerzhaft, von unbestimmten Contouren. Rechte Tube nicht palpabel. Per rectum fühlt man das linke Parametrium etwas verdickt, das rechte vorne frei, in seinem hinteren Abschnitt obengenannten Tumor. Diagnose: Graviditas tuburia sinistra.

Verlauf: 6. VI. Ein grösserer zusammenhängender Tumor, der rechts beginnt und den ganzen Douglas ausfüllt. Linke Tube verdickt. — 12. VI. Tumor im Douglas empfindlicher geworden, sonst unveränderter Befund. — 26. VI. Rechte Seite ist frei. Links lassen sich 2 Abschnitte unterscheiden, einer von Taubeneigrösse links hinten, von weich cystischer Consistenz, und einer im Douglas. — 29. VI. Eintritt der Periode, keine Schmerzen. — 7. VII. Im Douglas taubeneigrosse Resistenz, die sich etwas nach links hinter den Uterus erstreckt. Uterus frei beweglich.

Fall 72. Eigentümersfrau A. B., 38 Jahre. Anamnese: VI para. Seit der letzten Geburt Menses sehr unregelmässig und mit starken Schmerzen verbunden. Letzte Blutung vor 3 Monaten sehr schwach. Schmerzen beim Stuhlgang und beim Urinieren.

Status: Brüste secernieren. Introitus weit; der untere Teil der vorderen und hinteren Vaginalwand sichtbar. Portio in der Führungslinie. Uterus in Sinistroretroversion, klein. Rechts neben ihm, mit seiner linken

Seitenkante in breite Verbindung tretend, ein beinahe faustgrosser, runder, teigig-cystischer, ziemlich unbeweglicher Tumor. Diagnose: Extrauteringravidität.

Operation: 20. VIII. (Dr. Hammerschlag.) Laparotomie. Es stellt sich hinter und rechts vom Uterus ein allseitig verwachsener, mit Darmschlingen adhärenter, gänseeigrosser Tumor ein, durch dessen Wand blutiger Inhalt durchschimmert. Beim Lösen platzt er und entleert koaguliertes Blut. Der Tumor ist im Lig. latum der rechten Seite entwickelt. Ausschälen des Tumors.

4. IX. Patientin steht auf. — 15. IX. Narbe linear. Uterus retrovertiert, fixiert. In der Gegend der rechten Douglasfalte ein walnussgrosser, empfindlicher, teigiger Knollen. Umgebung des Uterus frei.

Präparat: Klein apfelgrosser, teigig weicher Tumor, der an seiner ganzen Oberfläche mit fibrinösen Schwarten und Blutkoageln bedeckt ist. Über die Kuppe des Tumors läuft die anscheinend in ihrer Continuität erhaltene kleinfingerdicke Tube, deren ampulläres Ende geschlossen. Consistenz teigig-weich ist. Der Tumor selbst besteht zum grössten Teil aus dem stark mit Blut durchsetzten vergrösserten Ovarium, das unterhalb der Tube eine fast zweimarkstückgrosse Rupturstelle aufweist.

Fall 73. Arbeitersfrau B. B., 33 Jahre. Anamnese: III para. L. M. 15. VI. 02. Am 2. und 3. VIII. Schmerzen in der linken Seite. 4. VIII. schwache Blutung. 9. VIII. stärkere Blutung mit Abgang von Stücken und einer Haut. Allgemeinbefinden wenig gestört. Blutung in geringer Stärke bis heute.

Status: 16. VIII. Beide Brüste secernieren. Vagina etwas aufgelockert. Vom hinteren Scheidengewölbe aus fühlt man einen teigigen Tumor von etwa Gänseeigrösse. Cervix auf demselben verschieblich. Uterus wegen Spannung

der Bauchdecken nicht abgrenzbar. Diagnose: Haematocele retrouterina.

17. VIII. Patientin wird auf eigenen Wunsch aus der Klinik entlassen.

Fall 74. Arbeitersfrau C. W., 36 Jahre Anamnese: VI para. L. M. Mitte Mai. Im Juni blieben die Menses aus. Anfang Juli wieder 14tägige starke Blutung. Darauf eine 8tägige Pause, während der eine »rote Haut von der Grösse einer Mark, von feinen roten Äderchen durchzogen« abging. Dann wieder 2tägige Blutung. Am 9. VIII. wurde Patientin bei der Arbeit ohnmächtig; der Leib schwoll an, heftige Leib- und Kreuzschmerzen. Patientin lag seitdem zu Bett.

Status: 27. VIII. Schleimhäute anämisch. Mammae secernieren. Uterus in ganz mässiger Anteflexion. Rechts neben und hinter dem Uterus ein gänseeigrosser Tumor von teigigfester Consistenz und ziemlich circumscripten Grenzen. Er reicht rechts bis an den Beckenrand, geht breit an den Uterus heran. Linkes unteres Parametrium und retrocervicales Bindegewebe etwas verdickt. Diagnose: Graviditas tubaria dextra.

Operation: 30. VIII. (Dr. Hammerschlag.) Laparotomie. Peritoneum von frischem Blut bedeckt. Rechts neben dem Uterus befindet sich ein mit den Darmschlingen locker verklebter Tumor, der sich als die verdickte Tube erweist, die an einer Stelle rupturiert ist. Aus dieser eibecherförmigen Stelle ragt ein Teil eines Eies hervor. Von der Frucht ist nichts zu sehen. Abtragen der Tube.

Verlauf: 27. IX. Entlassung. Uterus retroflektiert. Links normale Verhältnisse. Rechts angeblich Empfindlichkeit, jedoch kein objectiver Befund.

Fall 75. Vicewachtmeisterfrau W. L., 37 Jahre. Anamnese: I para; IV Aborte. Letzter Abort 14. IV. 02.

L. M. 26. VII. 02. Am 4. IX. geringe Blutung. dsgl. am 7. IX. Vom 12. IX. ab blutet Patientin dauernd in Periodenstärke. Vor 4 Tagen Abgang eines Hautstückes. Seit dem 12. IX. beinahe dauernd krampfende und drückende Schmerzen im linken Unterleib, die nach Abgang der Haut aufhörten.

Status: 23. IX. Vagina und Portio etwas aufgelockert. Uterus etwas vergrössert, anteflektiert, beweglich. Links vom Uterus ein cystischer, gänseeigrosser, etwas beweglicher Tumor. Diagnose: Graviditas tubaria.

Verlauf: 28. IX. Uterus ist kleiner geworden, der Tumor links von ihm härter.

Operation: 30. IX. (Dr. Hammerschlag.) Laparotomie. Peritoneum und Serosa mit Blut bedeckt. Die Blutung geht aus von der linken Tube, die in ihrem mittleren Teil rupturiert ist und mit Cruormassen, die sich im Douglas angehäuft haben, in Verbindung steht. Abtragen der linken Adnexe; Entfernen der Blutcoagula.

11. XI. Portio links von der Führungslinie. Uterus leicht retrosinistrovertiert, beweglich. Umgebung frei.

Präparat: Uteriner Teil der linken Tube fingerdick, zeigt cystische und harte Consistenz, stellenweise bläulich durchschimmernd. Der mittlere und abdominelle Teil stellt einen Sack dar, dessen Oberfläche mit Adhäsionen und Cruormassen bedeckt ist. Innenfläche stark zerklüftet, zeigt viele mit Placentarresten und Blutkoagulis besetzte Stellen. Dicke der unteren Wand $^1/_2$ cm. Fimbrienende ödematös geschwollen.

Fall 76. Böttchersfrau J. E., 38 Jahre. Anamnese: IV para; 2 Aborte. L. M. Mitte August. 17. IX. eine Viertelstunde anhaltende krampfartige Schmerzen im rechten Unterleib. Seit 23. IX. mässig starke Blutung, während der am 9. X. eine faserige Haut abging. Einige Tage

darauf sistierte die Blutung für 8 Tage, um dann noch einmal 8 Tage anzuhalten. Seit 8 Tagen keine Blutung mehr. Am 19. X. nachts plötzlich krampfartige Schmerzen, die ca. $2^1/_2$ Stunden dauerten. Übelkeit, Schweissausbruch, Ohrensausen, Ohnmacht.

Status: 27. X. Gesichtsfarbe blass. Portio aufgelockert. Uterus anteflektiert, eleviert, bis 3 Querfinger unter dem Nabel reichend. Hinter dem Uterus, ihm breit anliegend, ein Tumor, der den ganzen Douglas gleichmässig ausfüllt; obere Grenze beiderseitig etwa 2 Querfinger unter dem Nabel. Der Tumor hat cystische Consistenz, ist unbeweglich und geht beiderseitig an die Beckenwand heran. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 29. X. Uterus ganz nach rechts verschoben, liegt vorne den Bauchdecken an. Unterster Teil des Douglas frei. Tumor kindskopfgross, weich, cystisch. Scheide aufgelockert, Fundus in Nabelhöhe. — 5. XI. Fortgesetzt mässige krampfartige Schmerzen im rechten Unterleib; mässig starke Blutung. — 10. XI. Zum ersten Mal im Brustdrüsensecret zahlreiche Fettkügelchen. — 11. XI. Fundus in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, etwas nach rechts verdrängt. Unteres Ende des Tumors wölbt die hintere Scheidewand stark vor. Obere Grenze dicht unter dem Nabel. Tumor sicher gewachsen. — 10. XII. Gestern abends wieder stärker ausgesprochene wehenartige Schmerzen. Abgang einer Decidua. — 11. XII. Uterus dextroanteponiert. Tumor faustgross, erreicht beiderseitig die Beckenwand nicht mehr. Cystische Consistenz. Keine Druckempfindlichkeit. Patientin wird auf eigenen Wunsch entlassen.

Fall 77. Lehrersfrau E. L., 38 Jahre. Anamnese: 0 para. Periode stets unregelmässig. L. M. vor ca. $2^1/_2$ Monaten. Vor ca. $1^1/_2$ Monaten blieb die Periode aus.

Nachdem Patientin 35 Tage nach der letzten Menstr. nicht mehr geblutet hatte, stellte sich Ende September eine Blutung ein, die anfangs sehr schwach, später stärker als die Periode war, vor 8 Tagen aufhörte. 8 Tage nach Beginn der Blutung schneidende Schmerzen im Unterleib, besonders rechts. Stärke sehr wechselnd. In den letzten Tagen sind die Schmerzen geringer. Seit Beginn der Blutung Schmerzen beim Urinieren: Obstipation.

Status: 31. X. 02. Mässige Anämie. Über allen Herzostien systolisches Geräusch. Portio vor der Führungslinie, sie geht über einen Tumor, der aus einer Reihe harter, solider, rundlicher Knollen besteht, in der Hauptsache rechts von der Mittellinie liegt, dessen obere Grenze 3 Querfinger unter dem Nabel liegt. Douglas zum Teil ausgefüllt durch teigige, äusserst empfindliche Massen, deren Unterfläche glatt, deren obere Begrenzung wegen Spannung und Schmerzen nicht palpabel ist. Diagnose: Uterus myomatosus; perimetritisches Exsudat.

3. XI. (Professor Winter). Fundus etwas unterhalb der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Hinter dem Uterus ein grosser Tumor, mit der Uterushinterfläche breit verwachsen, in seinem unteren Abschnitt mit dem Douglas, nach rechts bis an die Beckenwand reichend, links sie nicht ganz erreichend. Obere Grenze etwa Höhe des Fundus. Diagnose: Haematoc. retrout.

Verlauf: 10. XI. Brustdrüsensecret enthält fast nur Milch. 27. XI. Uterus stark anteponiert, sinistrovertiert. Fundus links von der Medianlinie, ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Der Tumor füllt den Douglas in der rechten Hälfte aus, ist in seinem unteren Abschnitt ziemlich hart und empfindlich.

Operation: 4. XII. (Professor Winter.) Laparotomie. Ca. walnussgrosses Blutgerinnsel frei in dem Abdomen.

Zunächst stellt sich der myomatöse Uterus ein, der hervorgezogen wird. Es erscheint rechts neben dem Uterus die Spitze eines mit Netz und Darm adhärenten Tumors, aus dem sich eine grünlich seröse Flüssigkeit entleert. Dadurch verkleinert sich der Tumor etwas und wird zugänglicher. Abbindung der Tube am Uterushorn und des Lig. inf.-pelv. Loslösen des Tumors aus dem Douglas. Supravaginale Amputation des Uterus.

5. XII. Patientin leidet seit der Operation unter beinahe fortgesetztem Aufstossen, häufigem Erbrechen, ist sehr unruhig, klagt viel über Schmerzen. Abdomen druckempfindlich, kein Meteorismus. Puls zunehmend frequenter und kleiner werdend. Kampher, Infusion etc.

Patientin wurde am 5. XII. auf die Septische Station verlegt. Ein Journal dieser Station war nicht vorzufinden, doch findet sich der Vermerk vor, dass Patientin am 29. I. bei subjectivem Wohlbefinden als geheilt entlassen ist.

Fall 78. Briefträgersfrau T. M., 37 Jahre. Anamnese: V para. L. M. Ende August. 8. X. nach schwerer Arbeit Schwindelgefühl und Übelkeit. Patientin legte sich zu Bett und bekam jetzt schneidende Schmerzen im ganzen Unterleib, die 2—3 Stunden anhielten. Seitdem fast dauernd schneidende Schmerzen. 8 Tage nach Beginn der Schmerzen begann eine Stägige geringe Blutung. Am zweiten Tage der Blutung Abgang eines fleischartigen Stückes.

Status: 7. XI. Auffallend starke Scheidenpulsation. Uterus etwas vergrössert, stark eleviert, anteponiert, überragt die Symphyse um 3 Querfinger. Hinter ihm ein grosser Tumor von deutlich cystischer Consistenz, der in der Mittellinie bis 2 Querfinger unter dem Nabel reicht, nach links handbreit, nach rechts etwas weiter die Mittellinie überschreitet. Mit der untersten Kuppe wölbt der

Tumor den Douglas vor. Im Tumor einzelne härtere Partien, besonders links. Diagnose: Gravidit. extrauterina.

Verlauf: 7. XI. Die rechte Tube erweitert sich bald, legt sich dann breit an den Tumor an. — 14. XI. Corpus vergrössert, antevertiert. Hinter dem Uterus ein Tumor von teils cystischer, teils solider Consistenz, unbeweglich. Die rechte Tube erweitert sich in ihrem Verlauf vom Uterus weg und geht dann in den Tumor über. 23. XI. Auf eigenen Wunsch entlassen. Tumor etwas kleiner.

Fall 79. Besitzersfrau J. E., 33 Jahre. Anamnese: VII para. L. M. 21. IX. 02. Am 29. X. begann eine 8tägige Blutung mit Abgang von Hautstücken, mässig stark; dann blutete es schwächer bis heute. Am 11. XI. diagnosticierte ein Arzt »unvollständigen Abort« und gab der Patientin braune Tropfen, worauf sie sehr starke wehenartige und spickende Schmerzen bekam.

Status: Douglas zum Teil ausgefüllt durch einen festen Tumor, dessen Contouren nach oben hin schwer zu verfolgen sind. Der Tumor liegt rechts und hinter dem Uterus, geht bis an die rechte Beckenwand heran und ragt scheinbar bis in das grosse Becken hinein. Uterus nicht abzutasten. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 26. XI. Uterus sinistrovertiert, etwas anteponiert. 2. I. Tumor etwa gänseeigross. Quecksilberbelastung. 21. I. Bisher 12mal belastet (je eine Stunde mit 1—2 Pfund und mit Gegendruck durch Schrotbeutel von aussen her). Uterus retrovertiert; klein. Dahinter, dem Scheidengewölbe direkt aufliegend, ein ziemlich harter Tumor von Hühnereigrösse. 2. II. Uterus retrovertiert; kein Tumor mehr nachweisbar. Entlassung.

Fall 80. Arbeitersfrau A. P., 39 Jahre. Anamnese: X para. L. M. 4. IX. 02. Am 11. X. beim Gehen

plötzlich sehr heftiger Schmerzanfall; neue Anfälle am selben Tage und am 14. X., die 2—3 Stunden dauerten. Am 15. X. trat eine 14tägige Blutung mit Abgang von fasrigen Fetzen ein. 21. X. sehr starker Schmerzanfall. 3. XI. sehr starke 3tägige Blutung.

Status: 29. XI. Gesichtsfarbe blass. Brüste secernieren. Scheide aufgelockert. Uterus anteponiert, dicht hinter der Symphyse, vergrössert, hart. Rechts und hinter dem Uterus ein faustgrosser Tumor, der den Douglas z. T. ausfüllt und nach oben bis 3 Querfinger über den horizontalen Schambeinast reicht, die Mittellinie nach links um ca. 2 Querfinger überschreitet. Der Tumor steht in breiter Verbindung mit der Hinterfläche und der linken Seite des Uterus; er ist cystisch, ganz wenig beweglich. In der Vagina etwas bräunliches Blut. Diagnose: Gravid. tubaria.

Verlauf: 4. XII. Uterus anteponiert, etwas vergrössert. Rechts und hinter dem Uterus ein faustgrosser Tumor von festweicher Consistenz. Die Kuppe des Tumors überragt gerade den Fundus. Vom rechten Uterushorn geht ein Strang auf den Tumor über und verbreitert sich auf ihm. — 2. I. Eine ausgesprochene Haematocele ist nicht mehr vorhanden, statt dessen fühlt man einen flachen Rest, der bis an die Beckenwand herangeht. — 15. I. Entlassung. Der Tumor ist noch kleiner geworden. Uterus fast frei beweglich; nur rechts hinten in der Höhe des Cervix zieht ein fingerdicker Strang vom Uterus zu dem an die Beckenwand gehenden Exsudatrest.

Fall 81. Besitzersfrau A. A., 28 Jahre. Anamnese: III para. L. M. Anfang August. Am 10. XI. nach schwerem Heben plötzlich krampfartiger Schmerzanfall im ganzen Unterleib. Seitdem täglich ähnliche Anfälle. Seit 15. XI. mässig starke Blutung, die in keinem Zusammenhang mit den Schmerzattacken stand.

Status: 7. XII. 02. Mammae secernieren. Uterus dextroanteponiert, vergrössert, weich. Hinter dem Uterus in breiter Verbindung mit ihm ein kindskopfgrosser Tumor, der den Douglas ausfüllt, nach oben bis 3 Querfinger unter dem Nabel reicht, nach links die Mittellinie um 2 Querfinger überschreitet, nach rechts fast bis zur Spina ant. sup. geht; Consistenz festweich, fast unbeweglich. In der Scheide flüssiges Blut. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 2. I. Fundus etwas oberhalb der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Rechts und hinten ein ovaler, kaum faustgrosser Tumor von weicher Consistenz. Probepunktion ergibt flüssiges Blut. — 15. I. 03. Beginn der Belastung. — 2. II. Uterus etwas anteponiert. Rechts ein Tumor, der der rechten Tube angehört. Links weicher beweglicher Tumor (entzündlich Ovarialtumor). Douglas frei. — 16. II. Uterus frei beweglich, etwas nach rechts und hinten gezogen. Rechts hinter dem Uterus noch ein länglicher, kleinfingerdicker Strang. Linke Tube etwas verdickt.

Fall 82. Besitzersfrau A. B., 38 Jahre. Anamnese: X para. L. M. Anfang VIII. Anfang September bis Anfang Oktober dauernde Blutung; seitdem bis 15. XI. keine Blutung. Seither wieder leichte Blutung. 30. XI. auf einer Fahrt plötzlich heftige schneidende Schmerzen im Unterleib. Patientin fühlte sich 14 Tage schwach. 14. XII. plötzlich sehr starke ziehende Schmerzen im Unterleib, die heftiger waren als das erste Mal und sechs Stunden anhielten.

Status: 7. I. Brustdrüsen secernieren. Starke Scheidenpulsation. Scheide und Portio aufgelockert. Uterus dextroponiert, etwas vergrössert. Hinter dem Uterus in breiter Verbindung mit ihm ein gut faustgrosser Tumor

von rundlicher Gestalt, der zum Teil den Douglas ausfüllt; obere Grenze drei Querfinger unter dem Nabel, beides fast bis zur Beckenwand gehend. Consistenz festweich; wenig beweglich. Diagnose: Haematocele retrouterina.

Verlauf: 7. I. Brustdrüsensecret: reines Colostrum. — 19. I. Brustdrüsensecret: fast nur Fettkügelchen. — 21. I. Haematocele gewinnt eine deutliche Contour, erscheint etwas kleiner und fester. Der Uterus ist im Begriff, sich von der vorderen Beckenwand zu entfernen. — 2. II. 03. Vom hinteren Scheidengewölbe aus ein Tumor, der es herabdrängt, fühlbar. Oben ein länglicher Tumor, der nach hinten anschwillt. Der grosse Tumor ist beweglich, der kleine im Douglas fixiert. — 24. II. Rechts hinten ein gänseeigrosser Tumor. Hinteres Scheidengewölbe wird nicht mehr herabgedrückt. Tumor härter und beweglicher, Contourierung schärfer.

Fall 83. Knechtsfrau A. R., 38 Jahre. Anamnese: IV para. L. M. Mitte November. In den ersten Tagen des Januar trat nach 6wöchentlicher Amenorrhoe unter leichten Unterleibsschmerzen bei häuslicher Arbeit eine schwache Blutung ein, die bis heute besteht. In der Nacht nach Beginn der Blutung wurde Patientin ohnmächtig. Seither sehr matt und schwach. Vermehrter Harndrang seit Beginn der Blutung.

Status: 9. II. 03. Haut und Schleimhäute blass. In der Scheide bräunliches Blut. Uterus etwas nach rechts torquiert, sinistroretroponiert, nicht aufgelockert. Rechts geht vom Uterus ein etwa fingerdicker, festweicher, unregelmässig gestalteter, ziemlich beweglicher Strang aus, der sich nach der hinteren Beckenwand zu verliert. Diagnose: Gravidit. tubaria dextra.

Verlauf: 12. II. Vagina aufgelockert. Uterus sinistrovertiert-poniert. Rechts vom Uterus ein schwach

hühnereigrosser Tumor, ziemlich weich, nicht fluktuierend. Er kehrt sein stumpfes Ende nach vorne, hat eine Einziehung. Nach dem Uterus zu verschwindet der Tumor.

Operation: 17. II. (Prof. Winter.) Laparotomie. Uterus von den beiderseitigen Adnexen und Netzadhäsionen überlagert. Rechts erscheint ein braunblauer Tumor, der am abdomin. Ende der Tube sitzt. Nach Lösung der Adhäsionen und Anheben des Tumors zeigt es sich, dass der later. Teil aus einem alten Blutgerinnsel besteht, das aus der Tube ausgetreten ist, aber mit dem Tumor in der Tube noch zusammenhängt. Die rechte Tube und die entzündlich veränderten linksseitigen Adnexe werden abgetragen.

Präparat: Kolbig aufgetriebene Tube, am uterinen Ende normal dick, im mittleren Teil gut daumendick. Inhalt fühlt sich fest an. Oberfläche spiegelnd. Abdom. Ende stark erweitert; man sieht in eine haselnussgrosse Höhle. Fimbrienende zerfetzt und mit dicken Coagulis besetzt. Dazu ein ca. walnusgrosses Blutcoagulum und die entzündlich veränderten Adnexe der anderen Seite.

Für die Anregung und hilfreiche Unterstützung bei Abfassung der Arbeit erlaube ich mir Herrn Professor Winter meinen ergebensten Dank zu sagen.

Literatur.

1. Aschoff's zusammenfassendes Referat. Zentralblatt für allgemeine Pathologie und patholog. Anatomie. 1901. Nr. 11, 12.
2. Baatz. Inaug.-Dissertation. Königsberg i. Pr. 1899.
3. v. Both. Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. Referat: Zentralblatt für Gynäkologie. 1899. Nr. 15.
4. v. Braun-Fernwald. Zur Aetiologie, Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität. Archiv für Gynäkologie. Bd. 66. Heft 3.
5. Falk. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu München 1899. Referat: Zentralblatt für Gynäkologie. 1899. Heft 40.
6. Fehling. Die Bedeutung der Tubenruptur und des Tubenabortes für Verlauf, Prognose und Therapie der Tubarschwangerschaft. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 38.
7. Franz. Klinische Beiträge zur Kenntnis der Eileiterschwangerschaft. Vortrag auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu München 1899. Referat: Zentralblatt für Gynäkologie. 1899. Nr. 42.
8. Füth. Über Einbettung des Eies in der Tube. Archiv für Gynäkologie. Bd. 63.
9. Hofmeier. „Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von der ektopischen Schwangerschaft." Verhandlung der physik.-mediz. Gesellschaft zu Würzburg. 1894.
10. Ihm. Zur Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 46.
11. Krönig. „Zur Therapie der Extrauteringravidität." Von der Naturforscherversammlung zu Hamburg. 1901. Referat: Zentralblatt. 1901. Nr. 42.
12. Küstner. „Extrauterinschwangerschaft." Volkmann's Sammlung klin. Vorträge.

13. Küstner. „Eine Jahresarbeit auf dem Gebiete der Extrauterinschwangerschaft.“ Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1894. Nr. 51.
14. Leopold. Referat: Frommels Jahresbericht für Gynäkologie und Geburtshilfe. 1897.
15. Mandl. Klinische und anatom. Beiträge zur Frage des kompleten Tubenaborts. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XI.
16. Mandl und Schmidt. Beiträge zur Aetiologie und patholog. Anatomie der Eileiterschwangerschaften. Archiv für Gynäkologie. Bd. 56.
17. Martin. Krankheiten der Eileiter. 1895.
18. — Über ektopische Schwangerschaft.
19. v. Strauch. Fünf Fälle von wiederholter Eileiterschwangerschaft. Revue de gyn. et de chir. abdom. Referat: Jahrbücher für Gynäkologie und Geburtshilfe. 1899.
20. Taylor. „Extrauterin pregnancy.“ The British Gyn. Journ. 60. Nov. pag. 261, 369. Referat: Jahrbücher 1899.
21. Thorn. Zur Frage der Tubenwehen. Zentralblatt f. Gynäk. 1899. Nr. 19.
22. Thorn. „Über Extrauteringravidität.“
23. Ohlshausen. „Über Extrauteringravidität.“ Deutsche medizinische Wochenschrift. 1890. Nr. 8—10.
24. Winkel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
25. Winter. Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. 1896
26. Wormser. „Beiträge zur Kenntnis der Extrauteringravidität.“ Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. II.

Vita.

Ich, Fritz Salecker, wurde am 2. VI. 1880 in Friedrichsberg bei Berlin, als Sohn des Eisenbahnsekretärs Johann Salecker und seiner Frau Amalie geb. Glanert geboren. Seit 1886 besuchte ich das Königliche Wilhelmsgymnasium zu Königsberg i. Pr. und erhielt hier Ostern 1898 das Zeugnis der Reife. Darauf bezog ich die Universität zu Königsberg i. Pr., um Medizin zu studieren. Ostern 1900 bestand ich das Tentamen physicum, genügte im Sommersemester 1900 der ersten Hälfte meiner Militärpflicht und erwarb mir nach bestandener Staatsprüfung am 24. II. 1903 die Approbation als Arzt. Seit Ostern d. J. bin ich als Assistent in der Königlichen Universitäts-Ohrenklinik zu Breslau beschäftigt.

Ich hörte folgende Herren Dozenten: M. Askanazy, S. Askanazy, Braatz, Braun, Bunge, Caspary, v. Eiselsberg, Falkenheim, Garré, Gerber, Hallervorden, Heisrath, Herrmann, Jaffe, Kuhnt, Leutert, Lichtheim, Lossen, Ludloff, Lürssen, Meschede, Neumann, Pape, Pfeiffer, Prutz, Rosinski, Samter, Schreiber, Stieda, Weiss, Winter, Zander, und sage Ihnen auch an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank.